**Паспортная часть.**

Ф.И.О. больного: Хххххх Хххххх Хххххх

#### Возраст: 40 лет

Национальность: русская

#### Образование: высшее

Место работы: судья в Хххххх городском суде

Место жительства: г. Хххххх, ул. Ххххххх, д. ХХ, кв. ХХ.

Дата поступления: 5.11.2002.

**Основная часть.**

**Жалобы больной на момент сбора анамнеза.**

Больная жалуется на пожелтение склер, темные круги под глазами, чувство тяжести после еды в правом подреберье, на горечь и сухость во рту. Также жалобы на изменение цвета мочи – темно – желтый и изменение цвета стула – ярко – коричневый.

**Анамнез заболевания.**

Считает себя больной с 1996 года, когда была прооперирована по поводу внематочной беременности с удалением яичника слева. Была произведена гемотрансфузия. После операции стали беспокоить сухость во рту и постоянное раздражение, краснота, чувство «песка» на глазах. При обращении к окулисту поставлен Ds: хронический конъюктивит, и назначены антибиотики (со слов пациентки - суммамед). После курса препаратов симптомы проходили, а через некоторое время начинались снова, заболевание носит периодический характер (4-5 раз в год). В 2000г. – Аднексит.

С сентября 2002 года пациентка заметила пожелтение склер, кожи, появление точечных кровоизлияний на руках. Иногда беспокоил незначительный зуд кожи. С 12 октября стали беспокоить тяжесть в правом подреберье после еды, изменение цвета мочи ( темно – желтый), осветление цвета стула (ярко – коричневый) и горечь во рту. При обращении к терапевту была госпитализирована в инфекционную больницу с Ds: Вирусный гепатит. Диагноз не подтвердился (из выписки из инфекционной больницы - при вирусологическом исследовании маркеры хронизации и репликации отрицательные), выписана с переводом в РБ. В РБ – 1 поступила 5 ноября на обследование. С 6 ноября стали беспокоить боли в ночное время в верхней половине живота, купирующиеся в положении лежа на спине

На данный момент больная проходит лечение в РБ -1.

По данным жалоб и анамнеза заболевания

- поражена гепатобилиарная система

- хроническое заболевание

- неинфекционный патологический процесс

**Анамнез жизни.**

 Место рождения республика Коми, г. Усинск. Образование высшее. Работает судьей в Печерском городском суде в течении 10 лет. Проживает в благоустроенном доме с центральным отоплением. Замужем, имеет двоих детей. Режим питания сбалансирован, преобладают белки и жиры. Физическая активность средняя. Спортом не занимается. Перенесенные заболевания: В 1996 году хронический конъюктивит, внематочной беременности с удалением яичника слева, гемотрансфузия. Менструация с 12 лет, беременности 3, родов 2. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергический анамнез не отягощен. Контакта с туберкулезным больным не было. ЗППП и гепатитом не болела.

**Объективный статус.**

**Общий осмотр.**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Нормостенический тип телосложения, осанка правильная, походка без особенностей.

Антропометрия: рост 163 см, вес 63 кг, окружность талии 70 см, окружность бедер 96 см

Расчет идеальной массы тела - индекс Брока = рост – 100 – 15%(рост - 100)=54 кг

Определение степени ожирения – индекс массы тела (Кетле)

 ИМТ = Масса (кг)/Рост ⋅ Рост (м) = 23,7 – норма

Термометрия – 36,6 С

Кожные покровы чистые, цвет желтоватый, влажные, тургор сохранен. Конъюктива глаз желтая, влажная, высыпаний нет. Слизистая носа и рта розовая, подсушена, чистая, высыпаний нет. Язык чистый, высыпаний нет. Подкожно – жировая клетчатка выражена умеренно. Левый подчелюстной узел увеличен, диаметром 0,8 см, остальные лимфатические узлы не увеличены.

Размер головы соответствует норме, положение головы без особенностей. Лицо без видимых патологий. На шее хорошо прощупывается пульсация сонных артерий, щитовидная железа не увеличена.

При осмотре верхних конечностей выявлено усиления сосудистого рисунка.

При осмотре нижних конечностей патологии не выявлено.

Суставы в движении не ограничены, болезненности нет, отечности и гиперемии окружающих тканей нет.

Костно-мышечная система без патологий, тонус мышц понижен, кости без деформации, болезненности нет.

**Система дыхания.**

Верхние дыхательные пути чистые, не затрудняющие прохождение воздуха.

При осмотре выявлена нормостеническая грудная клетка, нормальной формы, диаметром 89 см, над- и подключичные ямки выражены, угол Людовига выражен. Эпигастральный угол приближен к 90 градусам. Направление ребер в боковых отделах умеренно косое. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке и расположены на одном уровне. Правая половина грудной клетки на 1см больше, чем левая. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания брюшной, частота дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание ровное, ритмичное, глубокое.

При пальпации грудной клетки патологии не выявлено. Грудная клетка резистентна. Голосовое дрожание в норме.

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью грудной клетки определяется ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия.

Верхушки легких выступают над ключицами на 3-4 см, сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кренига составляет 6 см на левом и правом легком.

Расположение нижней границы легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная СреднеключичнаяПередняя подмышечнаяСредняя подмышечнаяЗадняя подмышечнаяЛопаточная Околопозвоночная | V межреберьеVI реброVII реброVIII реброIX реброX реброОстистый отросток XI грудного позвонка | VII реброVIII реброIX реброX реброОстистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижности нижнего края легких в норме и составляет

|  |  |
| --- | --- |
| Среднеключичная линияСредняя подмышечная линияЛопаточная линия | 4,5 см 6,5 см5 см |

При аускультации легких над всей поверхностью выслушивается жесткое дыхание, побочных шумов нет. Бронхофония ослаблена.

Схема аускультации легких

Справа Слева

Вывод: размеры легких соответствуют нормостеническому типу телосложения. Патологии не выявлено.

**Сердечно-сосудистая система.**

Пульс на лучевых артериях симметричный, ритмичный, равномерный, частота 72 ударов в минуту, умеренного напряжения, полный. Пульс на сонных артериях с теми же характеристиками. Пульс на артериях стопы обеих нижних конечностей симметричный, ритмичный, равномерный, умеренного напряжения, полный.

Пульсация на яремных венах не выявлена. На аорте и крупных сосудах (подключичных, почечных и бедренных артериях) патологических шумов не выявлено.

Артериальное давление на левой плечевой артерии 110/70 мм. рт. ст. Артериальное давление на правой плечевой артерии 112/70 мм. рт. ст.

При осмотре области сердца и крупных сосудов деформации грудной клетки не выявлено. Кнутри на 1,5 см от средне - ключичной линии в V межреберье видна ритмичная пульсация – верхушечный толчок. Венный пульс выражен слабо.

При пальпации области сердца обнаружен верхушечный толчок в V межреберье кнутри на 1,5 см от средне - ключичной линии ограниченный, не усилен, умеренно резистентный. Патологических пульсаций и дрожания грудной клетки нет.

При перкуссии определены границы относительной тупости сердца. Правая граница находиться на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая граница располагается кнутри на 1,5 см от средне - ключичной линии в V межреберье и совпадает с верхушечным толчком, верхняя граница на 1 см левее грудинной линии на III ребре. Поперечник относительной тупости сердца составляет 12.5 см, что является нормой. Границы абсолютной тупости расположены: правая в IV межреберье по левому краю грудины, левая на 3 см кнутри от средне - ключичной линии в V межреберье, верхняя в IV ребре слева от грудины.

Вывод: границы сердца в норме.

Правая граница сосудистого пучка находится по правому краю грудины, левая граница находится по левому краю грудины. Поперечник сосудистого пучка составляет 6 см, что соответствует норме. Вывод: патологии не выявлено.

Талия сердца не выражена. Конфигурации сердца в норме.

При аускультации сердца прослушиваются звучные, ритмичные тоны сердца, частота сердечных сокращений равна 72 в минуту. Шумов и дополнительных тонов нет.

I II I II I II I II

 Аорта Легочной ствол

I II I II I II I II

Мечевидный отросток Верхушка

**Система пищеварения.**

При осмотре полости рта слизистая чистая, розовая, подсушена. Язык красно – малиновый, гладкий, чистый. Стоматологическая формула.

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

При осмотре живот без особенностей, симметричный, участвует в акте дыхания. Грыж нет.

При поверхностной пальпации живот безболезнен, мышцы передней брюшной стенки умеренно резистентны.

При глубокой пальпации большая кривизна желудка расположена по обе стороны от средней линии тела (10 см ) выше пупка на 4 см, подвижная, гладкая поверхность, без болезненна. Привратник расположен справа на 5 см выше пупка, определяется в виде небольшого короткого цилиндра диаметром 1,7 см, то появляющегося, то исчезающего, урчащего.

При пальпации отделов толстого кишечника выявлена сигмовидная кишка в левой подвздошной области на протяжении 19 см в виде безболезненного цилиндра плотной консистенции с гладкой поверхностью, диаметром 2,5 см, смещаема на 3 см, не урчащего и редко перистальтирующего.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде упругого, умеренно плотного цилиндра, безболезненного, диаметром 3,5 см, смещаемого в пределах 2 см, урчащего. Подвздошная кишка пальпируется плохо, в виде безболезненного тонкого цилиндра, диаметром около 1,5 см и на протяжении 9 см, безболезненного, активно перистальтирующего и урчащего.

Нисходящий и восходящие отделы ободочной кишки пальпируются в виде цилиндров умеренно плотной консистенции диаметром 3,5 см, подвижных, безболезненных, урчания не определяется.

При перкуссии живота симптомов асцита не выявлено.

При аускультации выслушиваются периодически возникающие кишечные шумы, связанные с перистальтикой кишечника.

Перкуторно размеры печени по Курлову (12:8:8)

При пальпации край печени выходит за уровень реберной дуги на 1,5 см, плотный, острый, легко подворачивающийся, чувствителен.

Желчный пузырь и поджелудочная железа не пальпируются. Селезенка не пальпируется, ее перкуторно границы составляют: длинник 6 см, поперечник 4 см.

**Мочевыделительная система.**

При осмотре поясничной области заметных изменений не выявлено.

При пальпации почек прощупывается нижний полюс, с гладкой поверхностью, тенденцией к ускользанию вверх и возвращением в нормальное положение.

При аускультации почечных сосудов шумов нет.

**Синдромы.**

Синдром желтухи

Симптом желтушность кожных покровов и склер (воспаление, некроз, фиброз гепатоцитов приводит к нарушению связывания неконъюгированного билирубина с глюкуроновой кислотой⇒повышение уровня желчных пигментов(билирубин, биливердин) приводит к отложению их в коже, что придает желтоватый оттенок коже)

Синдром болевой

Симптом боли в ночное время в верхней половине живота, купирующиеся в положении лежа на спине (расширение портальных трактов в связи с накоплением обширных инфильтратов приводит к увеличению размеров печени⇒растяжение глиссоновой капсулы, которая богата нервными окончаниями).

Синдром печеночноклеточной недостаточности

Симптом геморрагический (нарушение выработки печенью факторов коагуляции (II,V,VII), белков свертывающей системы крови (протромбина, проконвертина) приводит к точечным кровоизлияниям)

Синдром холестаза

Симптом - незначительный кожный зуд. Повышение желчных кислот в крови приводит к отложению их в коже вокруг нервных окончаний, раздражая последние, но зуд незначительный, т.к. нарушается синтез желчных кислот поврежденными клетками печени.

Симптом потемнения мочи. Возник в результате повреждения клеток паренхимы печени, способность которых улавливать из крови билирубин, связывать с глюкуроновой кислотой и выделять его в желчные пути в виде билирубинглюкуронида снижается⇒ в сыворотке крови содержание связанного билирубина повышается, за счет обратной диффузии билирубинглюкуронида из желчных в кровеносные капилляры⇒ в моче появляется билирубинглюкуронид, т.к. водорастворим, и желчные кислоты.

Симптом ярко-желтый стул (в результате повреждения клеток паренхимы печени, способность которых улавливать из крови билирубин, связывать с глюкуроновой кислотой и выделять его в желчные пути в виде билирубинглюкуронида снижается⇒в сыворотке крови содержание связанного и свободного билирубина повышается(свободный за счет недостаточной функции гепатоцитов, связанный за счет обратной диффузии билирубинглюкуронида из желчных в кровеносные капилляры⇒уменьшается выделение стеркобилиногена с калом, т.к. меньше билирубина выделяется печенью в кишечник, что не приводит к полному обесцвечиванию кала).

Синдром билиарный диспепсии

Симптом горечь во рту (нарушение функции печени, приводит к расстройству секреции желчи⇒расстройству переваривания жиров)

Синдром гепатомегалии

Симптом гепатомегалии: размеры печени по Курлову (12:8:8) (накопление обширных инфильтратов в портальных трактах, в соединительной ткани, в капсуле печени приводит к фиброзу ⇒ увеличение размеров печени)

Синдром Шегрена

Симптом сухость слизистой рта (лимфоцитарная инфильтрация и отложение иммунных комплексов на клетках слюнных желез приводит в конечном итоге к ее рубцеванию⇒ снижению выработки секрета)

Симптом сухость слизистой глаз (см. выше)

**Предварительный диагноз:**

Хронический аутоиммунный гепатит, фаза обострения, с ведущим синдромом холестаза.

Первичный синдром Шегрена?

Хронический гепатит выставлен на основании синдрома: холестаза, печеночноклеточной недостаточности, желтухи, гепатомегалии и болевого.

Т.к. маркеры хронизации и репликации отрицательные, то можно предположить, что аутоиммунный процесс.

Фаза обострения поставлена на основании выраженности синдрома: желтухи, холестаза, печеночноклеточной недостаточности, гепатомегалии и болевого.

Первичный синдром Шегрена выставлен на основании характерной клиники, пола больного, возраста.

**Дифференциальный диагноз:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признаки | Хронический аутоиммунный гепатит | Острый вирусный гепатит | Первичный билиарный цирроз  |
| Этиология | неизвестна | Парентеральный, половой и т.д.  | неизвестна |

**Обследование.**

Лабораторные исследования:

ОАК: эритроциты - 5,2 ⋅10№І /л; гемоглобин 165 г/л; ретикулоциты – 1 %; тромбоциты - 320⋅10і / л; лейкоциты – 6,5⋅10і /л; палочкоядерные нейтрофилы – 6%; сегментоядерные нейтрофилы – 56%; эозинофилы - 5%; базофилы – 3%; лимфоциты 25 %; моноциты 5 %; СОЭ – 40мм/мин.

Вывод: ОАК в норме.

ОАМ: цвет соломенный; прозрачность(+); ρ-1021; белок (-); глюкоза(-); кетоновые тела (-); лейкоциты – 4 в п/з; эритроциты - 1 в п/з; эпителий плоский 0 –1 в п/з; гиалиновые цилиндры-2 в п/з; соли (+).

Вывод: ОАМ в норме.

БХАК: холестерин – 6,9 ммоль/л; триглицериды – 2,3 ммоль/л; ЛПНП – 3,5 ммоль/л; ЛПОНП – 1,5 ммоль/л; ЛПВП – 4,8 ммоль/л; глюкоза – 4,2 ммоль/л; креатинин – 1,2 ммоль/л; калий – 3,9 ммоль/л; натрий - 141 ммоль/л; общий белок – 80 г/л; альбумины47 г/л; глобулины – 33 г/л; альбумины –61,8%; α1 – 5,5%; α2 – 6,7%; β – 9,2%; γ – 16,8%;

Вывод: повышение холестерина, ЛПНП, ЛПОНП.

Инструментальные исследования:

ЭКГ: ритм синусовый, правильный; ЧСС – 59 в минуту, вольтаж достаточен. В отведении V2 глубокий и уширенный зубец Q (40 мс), отрицательный зубец Т, R v5-v6>Rv4.

Вывод: постинфарктный кардиосклероз передних отделов межжелудочковой перегородки, гипертрофия левого желудочка.

ЭхоКГ: увеличение толщины миокарда стенки левого желудочка, гипокинезия участков миокарда передних отделов межжелудочковой перегородки, ЛЖ – 62 мм, ЛП – 37 мм, МЖП – 9 мм, ФВ ЛЖ – 55%.

Рентгенологическое исследование грудной клетки: гипертрофия левого желудочка, аортальная конфигурация, усиление легочного и рисунка бронхиального дерева.

Коронарография: сужение перегородочных межжелудочковых ветвей до 60%

Оценка глазного дна: нарастающее сужение и извитость артерий сетчатки.

ФГДС: изменений не обнаружено.

**Лечение.**

* Режим активный
* Диета с пониженным содержанием соли до 3 – 5 грамм в сутки, исключением жареного, острого и жирного.
* Отказ от курения
* Дозированная физическая нагрузка: ходьба, дыхательная гимнастика с ПДКВ
* Медикаментозное лечение:

##### Для снижения артериального давления

 Rp: Monoprili 0,04

 Da tales doses № 60 in tab.

 Signa. по 1 таблетке 2 раза в день.

Предотвращение дальнейшего развития расширения камер сердца

####  Rp: Enalaprili 0,01

 Da tales doses № 60 in tab.

 Signa. по 1 таблетке 2 раза в день.

Антиагрегант, для профилактики инфаркта миокарда

Rp: Acidi acetylsalicylici 0,5

 Da tales doses № 15 in tab.

 Signa. по Ѕ таблетке 1 раза в день после еды.

Для профилактики инфаркта миокарда, снижения свободного холестерина и ЛПНП

#### Rp: Lipostati 0,02

 Da tales doses № 30 in tab.

 Signa. по 1 таблетке 1 раза в день перед сном.

Ангиопротектор, для лечения нарушений периферического кровообращения

#### Rp: Agapurini retardi 0,4

 Da tales doses № 60 in tab.

 Signa. по 1 таблетке 2 раза в день после еды,

 не разжевывать и запивать небольшим количеством еды.

#### Препарат повышающий устойчивость тканей к гипоксии.

#### Rp: Dr. «Actoveginum» № 100

 Da Signa по 1 драже 3 раза в день после еды,

 не разжевывать и запивать небольшим количеством еды.

Для лечения хронического обструктивного бронхита, бронхорасширяющее средство

#### Rp: Atroventi 100 mg

 Da tales doses № 1

 Signa. По 2 – 4 ингаляции 4 раза в день