|  |  |
| --- | --- |
|  **Фамилия**: x |  |
|  **Имя**: x |  |
|  **Отчество**: x |  |
|  **Возраст**: 40 лет |  |
|  **Дом**. **Адрес**:  |  |
|  **Профессия**: водитель, место работы - морской порт |  |
|  **Дата** **поступления**: 25.12.96 |  |
|  **Диагноз, с которым больной направлен в стационар**: Хронический вирусный гепатит. |  |
|  **Клинический диагноз**: Хронический вирусный гепатит, активно текущий, HBsAg(--), период обострения. |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Жалобы на момент осмотра**: легкий кожный зуд. |  |
|  |  |
| **Анамнез заболевания**. |  |
| Считает себя больным с 15 декабря 1996 года, когда появилась слабость, недомогание, сухой кашель, насморк, разлитая головная боль, поднялась температура до 38о С. Температура сопровождалась ознобом. С 17.12.96 (3й день болезни) неоднократно было носовое кровотечение, появились боли в икроножных мышцах, тяжесть в правом подреберье. Принимал аспирин, но без эффекта, температура и катаральные явления не уменьшились. |  |
| На 6ой день болезни (20.12.96) появилась желтушность склер, пропал аппетит, появилась сухость во рту. На 7ой день болезни (21.12.96) появилась желтушность кожи, потемнела моча. 25 декабря (11ый день болезни) был вызван врач поликлиники и больной был доставлен сантранспортом в больницу им. Боткина.  |  |
|  |  |
| **Эпидемиологический анамнез**:  |  |
| Прямые контакты с инфекционными больными отрицает. Контакты с животными отрицает. Случаев заболевания гепатитом среди окружающих больного дома и на работе на было. Социально-бытовые условия удовлетворительные, живет в отдельной квартире. Санитарное состояние жилья удовлетворительное. Во второй половине октября выезжал в Калининскую область на две недели, где пил воду из децентрализованных источников (колодца). Соблюдает правила личной гигиены. В августе 1996 года был привит от дифтерии. Других парентеральных вмешательств, трансфузий крови, оперативных вмешательств, а также посещений стоматолога за последние 6 месяцев на было. Употребление наркотиков отрицает. Туберкулез, венерические заболевания, малярию, кишечные заболевания , тифо-паратифозные заболевания отрицает. Последняя ФЛГ от 4.06.96 (патологии не выявлено). |  |
|  |  |
| **История жизни больного.** |  |
| Родился в 1956 году в городе Ленинграде. В школу пошел в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. Образование среднее. Работает водителем с 1976 года. Семейный анамнез: женат с 1978 года, имеет двоих детей (дочь 18 лет, сын 13 лет).Члены семьи здоровы. |  |
| **Материально-бытовые условия**: проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечен удовлетворительно. Питается 3 раза в день горячей пищей в достаточном количестве, дома. |  |
| **Условия труда:** трудовую деятельность начал в 20 лет, работает водителем. Контакта с вредными веществами нет. |  |
| **Привычные интоксикации**: не курит, алкоголем не злоупотребляет, прием наркотиков отрицает. |  |
| **Перенесенные соматические заболевания и операции**: перенес детские инфекции, в 8-летнем возрасте (в 1964 году) перенес вирусный гепатит. Редко болеет простудными заболеваниями (раз в год ОРЗ). Контузий , операций, ранений не было. |  |
| **Наследственность:** отец умер от инфаркта миокарда, мать жива. Родственники, со слов больного, психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез не переносили. |  |
| **Аллергологический анамнез:** непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и бытовых веществ не отмечал. Аллергические заболевания у родителей, детей отрицает. |  |
|  |  |
|  |  |
|   **Объективное исследование состояния больного**. |  |
| День болезни: 32ой. |  |
| День пребывания в стационаре: 22ой. |  |
|  Состояние больного удовлетворительное. Положение активное. Телосложение правильное, гиперстеническое. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Тургор кожи сохранен, эластичность не изменена. Толщина кожно-жировой складки над пупком 8 см. Отеков нет. Видимые слизистые розового цвета. |  |
|  Костно-мышечная система. Общее развитие мышечной системы соответствует полу и возрасту, болезненности при ощупывании мышц нет. Деформаций костей, болезненности при ощупывании суставов нет. Суставы обычной конфигурации. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объеме. Форма грудной клетки правильная. |  |
| Лимфатические узлы не пальпируются.  |  |
|  |  |
| **Сердечно-сосудистая система.**  |  |
| Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения. Одинаковый на правой и левой руке. АД 140/90 мм рт ст. |  |
| Пальпация области сердца: верхушечный толчок на пальпируется. |  |
| Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости |  |
| Граница местонахождение  |  |
| правая на 1,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |  |
| верхняя на 3 ребре у левого края грудины |  |
| левая на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в 5 межреберье. |  |
| Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости |  |
| правая левого края грудины в 4 межреберье  |  |
| верхняя у левого края грудины на 4 ребре  |  |
| левая на 2 см кнутри от среднеключичной линии в 5 межреберье  |  |
| Аускультация сердца: тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено. При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий. |  |
|  |  |
| **Система органов дыхания.**  |  |
| Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное, свободное, через нос. Частота дыхания 20 в минуту.  |  |
| Слизистая зева чистая, розовая. Миндалины розовые, не увеличены. |  |
| Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, эластичная, голосовое дрожание проводится над всей поверхностью легких. |  |
| Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук. |  |
|  Топографическая перкуссия легких: |  |
|  линия справа слева |  |
| l.parasternalis 5 ребро - |  |
| l.medioclavicularis 6 ребро - |  |
| l.axillaris anterior 7 ребро 7  |  |
| l.axillaris media 8 ребро 9 ребро  |  |
| l.axillaris posterior 9 ребро 9 ребро  |  |
| l. scapularis 10 межреберье 10 межреберье  |  |
| l.paravertebralis на уровне остистого отростка 11 грудного по звонка |  |
|  |  |
| Высота стояния верхушек легких: |  |
|  слева справа |  |
| спереди 5 см 5 см  |  |
| сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |  |
| Подвижность легочных краев |  |
|  справа 8 см |  |
|  слева 8 см |  |
| Аускультация легких: над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов и шумов нет. |  |
|  |  |
| **Система органов пищеварения.** |  |
| Осмотр ротовой полости: язык влажный, розовый, чистый. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Кариозных зубов нет. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая. Аппетит хороший, глотание без затруднений. |  |
| ЖИВОТ. Осмотр живота: живот правильной формы, симметричный ,брюшная стенка в акте дыхания участвует симметрично с обеих сторон. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная. Аускультация: перистальтика кишечника обычная. При перкуссии живота притупления в отлогих местах не выявлено. |  |
|  ЖЕЛУДОК. Границы не определяются, видимой перистальтики не отмечается. |  |
| КИШЕЧНИК. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется. При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, не урчащая, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишки не пальпируются, урчания при пальпации кишечника нет. |  |
| ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ. Границы печени по Курлову 20 х 15 х 12 см. Нижний край печени из под реберной дуги выступает на 12 см. При пальпации печень безболезненна, плотная, край ее тупой. Желчный пузырь не прощупывается, его пальпация безболезненна. |  |
| Дыхательная подвижность нижнего края печени равна 6 см. |  |
| ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА. не прощупывается.  |  |
| СЕЛЕЗЕНКА. При пальпации селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1 см, область левого подреберья при пальпации безболезненна. Перкуторные границы селезенки: верхняя в 8 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.  |  |
|  |  |
| **Мочеполовая система.** |  |
| Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно.  |  |
|  |  |
| **Нервная система.** |  |
| Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены, сон глубокий. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы без патологии. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки нормальные, прямая и содружественная реакция на свет живая. Патологии со стороны черепно-мозговых нервов не выявлено. |  |
|  |  |
| **Предварительный диагноз.** |  |
| На основании жалоб больного (слабость, недомогание, повышение температуры до 38о С, озноб, сухой кашель, насморк, боли в икроножных мышцах, носовое кровотечение, тяжесть в правом подреберье, кожный зуд, отсутствие аппетита, темная моча), данных анамнеза болезни, который отражает типичное развитие заболевания с цикличностью: постепенное начало, наличие преджелтушного периода, протекавшего по гриппоподобному типу на протяжении 7 дней с явлениями интоксикации, последующего желтушного периода (с появлением желтухи самочувствие больного не улучшилось), эпидемиологического анамнеза: ( за 2 месяца до настоящего заболевания больной выезжал за пределы Санкт-Петербурга в Калининскую область, где пил воду из децентрализованных источников (колодца) и результатов физикального обследования (увеличенная печень (+15 см), при пальпации плотная, край ее закруглен) можно поставить диагноз: Вирусный гепатит с фекально-оральным механизмом инфицирования. Учитывая физикальные данные: увеличенная, плотная печень и увеличенная селезенка необходимо провести дифференциальный диагноз с хроническим вирусным гепатитом. |  |
|  |  |
|  |  |
| **План лабораторного обследования.** |  |
| 1.Клинический анализ крови. |  |
| 2.Общий анализ мочи. |  |
| 3.Биохимический анализ крови. |  |
| 4. Кровь на RW, СПИД. |  |
| 5. Кровь на вирусологическое исследование. |  |
| 6.Коагулограмма. |  |
| 7.ЭКГ. |  |
| 8. УЗИ органов брюшной полости. |  |
| 9.Флюорография. |  |
|  |  |
| **Лабораторные данные.** |  |
| Клинический анализ крови. От 26.12.96 |  |
| Er 4,6х1012 /л |  |
| Hb 139г/л |  |
| Цветной показатель 0,9 |  |
| L 11 х109 /л |  |
| п 23 |  |
| с 51 |  |
| Моноциты 5 |  |
| Лимфоциты17 |  |
|  СОЭ 64 мм/час |  |
|  |  |
| Общий анализ мочи от 26.12.96 |  |
| Цвет насыщенно-желтый |  |
| Удельный вес 1015 |  |
| pH щелочная |  |
| Белок 0 |  |
| Глюкоза -- |  |
| билирубин 1 |  |
| уробилиноиды 1 |  |
|  |  |
| Биохимический анализ крови от 26.12.96 |  |
| Общий белок 91 г/л |  |
| Мочевина 1.81 ммоль/л |  |
| Креатинин 0,046 ммоль/л |  |
| Билирубин общ. 88 мкмоль/л |  |
| АлАТ 42 нмоль/л |  |
| АсАТ 40 нмоль/л |  |
| Щелочная фосфотаза 208 |  |
| ХЭ сывороточная 55 |  |
| Тимоловая проба 13,1 |  |
| Сулемовая проба 1,5 |  |
| Альбумины 39,4% |  |
|  1 4,0 10,8 |  |
|  2 7,0 39,0 |  |
|  |  |
| Коагулограмма от 27.12.96 |  |
| Протромбиновый индекс 65% |  |
|  |  |
| Кровь на RW. Отрицательный. (От 27.12.96) |  |
| Кровь на Ф-50. Отриц. (От 27.12.96) |  |
|  |  |
| Вирусологическое исследование. (От 27.12.96) |  |
| гепатит С - диаплюс (--) |  |
| гепатит А - HAV IgM (--) |  |
| гепатит В - HBsAg с подт тест (--) |  |
| гепатит В - HBеAВ (--) |  |
| гепатит В - HBсоrAВ общ. (--) |  |
| гепатит В - HBsAg (--) от 14.01.96 |  |
| гепатит С anti-HCV (--) от 14.01.96 |  |
|  |  |
|  Биохимический анализ крови от 2.01.97 |  |
| общий билирубин 66 мкмоль/л |  |
| щелочная фосфотаза 131 г/л |  |
|  |  |
| Биохимический анализ крови от 13.01.97 |  |
| общий билирубин 49 мкмоль/л |  |
| билирубин связанный 40 мкмоль/л |  |
| билирубин свободный 9 мкмоль/л |  |
| АлАТ 32 нмоль/л |  |
| АсАТ 91 нмоль/л |  |
| Тимоловая проба 5,9 |  |
| Сулемовая проба 1,4 |  |
|  |  |
| Клинический анализ крови от 4.01.97 |  |
| Лейкоциты 5,7 х 109  г/л |  |
| базофилы 1 |  |
| п 20 |  |
| с 52 |  |
| лимфоциты 15 |  |
| моноциты 12 |  |
| СОЭ 70 мм/час |  |
|   |  |
| Общий анализ мочи от 13.01.97 |  |
| Цвет светло-желтый |  |
| Удельный вес 1008 |  |
| pH нейтральная |  |
| Белок 0 |  |
| Глюкоза -- |  |
| Эпителий 1-2 в поле зрения |  |
| Лейкоциты 0-1 в поле зрения |  |
| Слизь ++ |  |
| Соли оксалаты |  |
|  |  |
| ЭКГ. Ритм синусовый. AV проведение на верхней границе нормы, |  |
| признаки гипертрофии левого желудочка. P=0,1; |  |
| PQ=0,2; QRS=0,12; QRST=0,32; ЧСС=62. |  |
|  |  |
| Флюорография. В легких без патологических изменений. |  |
|  |  |
| УЗИ органов брюшной полости. |  |
| ПЕЧЕНЬ. Правая более 150 мм, левая 100 х 110 мм, увеличена, контур мелковолнистый, эхогенность повышена, нарушена ангиоархитектоника. Воротная вена 10 мм, холедох 4 мм. |  |
| СЕЛЕЗЕНКА. Немного увеличена, определяются лимфоузлы в воротах. |  |
| ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ. 83 х38 мм, стенка 3 мм. Густая желчь, конкрементов нет. |  |
| ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА. Тело фрагментировано. Гиперэхогенная исчерченность и мелкие гипоэхогенные включения. |  |
| ПОЧКИ и область надпочечников без патологических изменений. |  |
| Асцит не определяется. |  |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ. УЗ признаки хронического гепатита. УЗ признаки хронического панкреатита. УЗ признаки дискинезии желчного пузыря. |  |
|  |  |
| **Дифференциальный диагноз.** |  |
|  Гепатит необходимо дифференцировать от следующих заболеваний: лептоспироз, инфекционный мононуклеоз. Течение хронического гепатита у данного больного необходимо дифференцировать с вирусным гепатитом А. |  |
| Сходство гепатита у данного больного с гепатитом А заключается в наличии гриппоподобного продромального периода с интоксикацией и катаральными явлениями; наличием желтухи, снижение аппетита, потемнения мочи, тяжесть в правом подреберье, увеличение печени и селезенки. |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|   |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Различия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| признак | гепатит А | хронический гепатит у данного больного |
| появление желтухи привело к улучшению общего состояния печеньвосстановление размеров печенимаркеры HAVлейкоцитознейтрофилезСОЭ | даэластичнаяхарактерно+----норма | нетплотнаянехарактерно--++резко повышена |
| АлАТщелочная фосфатазабелковые фракции | повышенанорманорма | нормаповышенаповыш. -глобулинов |
| О снижении функции печени, которая наблюдается при хроническом гепатите говорит и снижение протромбинового индекса (65%). Признаки хронического гепатита выявлены при УЗИ печени. |  |
| Сходство лептоспироза с течением гепатита у данного больного в наличии общетоксического синдрома -- слабость, недомогание, повышение температуры, протекающие с ознобом, головная боль; боль в икроножных мышцах, сухость во рту, иктеричность кожи и склер. Зуд кожи. |  |
| 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 (повышение температуры, слабость, недомогание), а также снижения аппетита, мышечных болей, головных болей, увеличении печени, сухого кашля. 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 повышении температуры, ознобе, наличии головной боли, боли в мышцах, снижении аппетита, носовом кровотечении, насморке, сухом кашле. |  |
| Отличает грипп от гепатита на ранних этапах его развития наличие светобоязни, характерная локализация головной боли -- в лобной области, в надбровных дугах, боль при движении глазами. У больного головная боль носила разлитой характер, не было боли при движении глазами. При гриппе сухой кашель на 3-4 день становится влажным. У больного кашель оставался сухим. При гриппе более выраженная лихорадочная реакция (более 38о С), в данном случае температура не поднималась больше 38оС. СОЭ при гриппе остается нормальным или даже снижается, в данном случае резкое повышение СОЭ. При гриппе нередко в моче определяется протеинурия, микрогематурия. Чего нет у больного. |  |
|  |  |
| **Окончательный диагноз.** |  |
| На основании жалоб больного (слабость, недомогание, повышение температуры до 38о С, озноб, тяжесть в правом подреберье, кожный зуд, отсутствие аппетита, темная моча), данных анамнеза болезни, который отражает типичное развитие заболевания с цикличностью: постепенное начало, наличие преджелтушного периода, с явлениями интоксикации, последующего желтушного периода (с появлением желтухи самочувствие больного не улучшилось), результатов физикального обследования (увеличенная печень (+15 см), при пальпации плотная, край ее заострен, увеличенная селезенка (+1см)), можно поставить диагноз хронического гепатита. Хронический характер заболевания подтверждается также характерными лабораторными данными: низкая АлАТ 32, повышенная АсАТ 91, повышенная щелочная фофсотаза 208 г/л, снижение сывороточной холинэстеразы 55 мкмоль/с.л, диспротеинемия с преобладанием - глобулинов 39,0, снижение протромбинового индекса  65%, лейкоцитоз 11 х 109 г/л, нейтрофилез (палочкоядерные 17), повышенная СОЭ 70 мм/час; и данным УЗД.За активность процесса с умеренной активностью говорит: СОЭ 70, умеренное повышение билирубина 49, повышение АсАТ 91, повышение -глобулинов, повышение тимоловой пробы 13,1. |  |
| За внутрипеченочный холестаз говорят характерные жалобы (зуд, слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита), физикальные данные (желтуха, гепатомегалия, спленомегалия), лабораторные данные (билирубинемия 1, уробилинурия 1, в крови повышение связанного билирубина), а также данные УЗД. |  |
|  Неспецифический характер заболевания подтверждается отрицательными результатами вирусологических исследований на HAV IgM, HBsAg, HBeAB, HBcorAB, anti-HCV.  |  |
| Таким образом, окончательный диагноз звучит так: |  |
| Хронический вирусный активный гепатит с умеренно выраженной активностью (неспецифической этиологии, предположительно алкогольной) с внутрипеченочным холестазом, в фазе компенсации. |  |
|  |  |
| **Прогноз.**  |  |
|  |  |
| Заболевание находится в стадии компенсации, поэтому для жизни прогноз представляется благоприятным в случае соблюдения щадящей диеты (исключение жаренного, пряного, острого, маринованного, алкоголя) и при исключении тяжелого физического труда. В противном случае возможно развитие декомпенсации с переходом заболевания в цирротическую стадию и летального исхода. В отношении полного выздоровления прогноз сомнительный, но при соблюдении известных условий (диета, режим труда) стадия компенсации может сохранятся длительное время. Трудоспособность сохранена, однако не показаны виды работ связанных с частыми командировками и не позволяющих соблюдать режим питания, также необходимо ограничение тяжелой физической нагрузки. |  |
|  |  |
| **Эпикриз.**  |  |
|  |  |
| Больной x, 40 лет, поступил на 11 день болезни, 5й день желтухи с диагнозом Вирусный гепатит в состоянии средней тяжести. |  |
| Клинический диагноз : Хронический вирусный гепатит, активно текущий, HBsAg(--), период обострения. |  |
| Постановка диагноза вызвала трудности, так как заболевание протекало циклически в средне-тяжелой форме, с гриппоподобным началом (с интоксикацией (слабость, недомогание, снижение аппетита, повышение температуры до 39С) в преджелтушном периоде и до 10 дня желтушного периода; с катаральными явлениями (сухой кашель, насморк)), с желтухой (максимальный билирубин крови 88 мкмль/л), увеличением печени (+15 см), с эпид. указаниями на употребление воды из децентрализованных источников, что можно было расценить как вирусный гепатит А.С 10го дня желтушного периода (16ый день болезни) наступило улучшение общего состояния, исчезли симптомы интоксикации, катаральные явления, нормализовалась температура. С 21го дня болезни отмечался спад желтухи. |  |
| Диагноз хронического вирусного гепатита был верифицирован на основании физикальных данных (увеличенная селезенка, резко увеличенная печень, плотная, с закругленным краем), вирусологического исследования (HAV(--), HBV(--), HCV (--)), лабораторного исследования (низкая АлАТ 32, повышенная АсАТ 91, повышенная щелочная фофсотаза 208 г/л, диспротеинемия с преобладанием - глобулинов 39,0, снижение протромбинового индекса 65%, повышенная СОЭ 70 мм/час, увеличение билирубина до 49, билирубинурия, уробилинурия. |  |
| Наблюдалась некоторая положительная динамика биохимических показателей. Осложнений не было. |  |
| Больной помимо базисной терапии (диета (стол № 5), постельный режим, щелочное питье) получал внутривенно-капельные инфузии 5% глюкозы с витаминами группы В, витамин С, Аскорутин per os, спазмолитики, гемодез внутривенно. |  |
| Выписан на 33й день болезни в удовлетворительном состоянии, со следующими биохимическими показателями: общий билирубин 49, АлАТ 32, АлАТ 91, тимоловая проба 5,9, сулемовая проба 1,4, щелочная фосфотаза 131 г/л. СОЭ 70 мм/час. Больному рекомендовано соблюдать режим питания и диету (исключить из рациона жаренные, маринованные, острые, пряные блюда, тугоплавкие жиры (баранина), исключить употребление алкоголя, придерживаться молочно-растительной диеты (творог, не острые сорта сыра; нежирные сорта рыбы в отварном виде), а также диспансерное наблюдение в кабинете инфекционных заболеваний. |  |
|  |  |
| **Литература.** **Дневник.**  |  |
| ДАТА |  СОДЕРЖАНИЕ | НАЗНАЧЕНИЯ |
| 15.01.97 Рs 80' АД=130/80 ЧДД=20'  Т=36,6 | Жалобы на легкий кожный зуд. Сотояние удовлетворительное,сознание ясное,положение активное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Пульс 80/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 12 см, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1 см, безболезненная. Физиологические отправления в норме. | Стол № 5Rp: Tab. Nospani 0,04D.S. по одной таблетке 2 раза в день.Rp: Tab.”Ascorutinum” N 30D.S. по одной таблетке 3 раза в день.Rp: Tab. Thiamini chlori-di 0,002 N 50D.S. По 1 таблетке 3 раза в день. |
| 16.01.97 Рs 80' АД=120/80 ЧДД=20'  Т=36,8 | Жалобы на легкий кожный зуд. Сотояние 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 12 см, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1 см, безболезненная. Физиологические отправления в норме. | Стол № 5Rp: Tab. Nospani 0,04D.S. по одной таблетке 2 раза в день.Rp: Tab.”Ascorutinum” N 30D.S. по одной таблетке 3 раза в день.Rp: Tab. Thiamini chlori-di 0,002 N 50D.S. По 1 таблетке 3 раза в день. |