ГОУ ВПО ВГМУ Министерство здравоохранения России

Кафедра инфекционных болезней

Зав. кафедры:

доцент, дмн

Симакова А.И.

Ассистент:

кмн

Перевертень Л.Ю.

История болезни

Больного М.А.А, 43года

Диагноз:

Основной: Хронический вирусный гепатит С

Осложнения: нет

Сопутствующий: нет

Выполнила:

Студентка 508 группы

Мясоед Н.В.

Владивосток 2012

**I Паспорная часть:**

**1. имя, отчество**

**2. возраст**

43 года

**3. пол**

мужской

**4. национальность**

русский

**5. семейное положение**

Не женат

**6. профессия**

слесарь

**7.** **место работы**

ОАО “Дальрыбтехцентр”

**8. дата поступления**

08.11.2012

**9.** Дата осмотра:16.11.12

**II Жалобы больного при поступлении в клинику:**

**Главные:** Поступил с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, тошноту, снижение работоспособности.

**Дополнительные:** отсутствуют

**III история настоящего заболевания**

**Anamnesis morbi:**

В октябре 2010года, проходил обследование по поводу туберкулеза. По результатам биохимического анализа крови, был повышен уровень билирубина, AST и ALT.Был направлен фтизиатором

01.11.2012 поступила в инфекционное отделение ГКБ №2, где был выставлен диагноз: хронический вирусный гепатит С

**IV история жизни больного**

**Anamnesis vitae:**

Х. Валентина Васильевна, родилась 22.11.1956 года.

1. **детские инфекции:** ветряная оспа

2**. вакцинации:** детские все, согласно графику, АДСМ. От гепатита В не прививалась.

3. **Перенесенные раннее заболевания, травмы, операции:** гипертоническая болезнь, аппендэктомия ( 1986), кесарево сечение (1985)

4. ВИЧ-инфекцию, туберкулез, венерические заболевания, рецидивирующую герпетическую инфекцию отрицает.

5. **гемотрансфузия** (1985)

6. **Аллергологический анамнез.** Аллергические реакции на пищевые продукты, косметические средства, на контакт с животными, одеждой, с шерстью, домашней пылью отрицает.

**V Эпидемиологический анамнез:**

Проживает в трехкомнатной квартире с коммунальными удобствами, питается регулярно. В семье 4 человека, проходят обследование на гепатит С. 1. **контакт с инфекционными** **больными** в течение последних двух месяцев отрицает.

2. **наследственный анамнез:** не отягощен.

3. **травмы, операции:** аппендэктомия ( 1986), кесарево сечение (1985)

4. **гемотрансфузия** (после операции кесарево сечения, 1985)

5. **парентеральное введение наркотиков** отрицает, пирсинг, татуаж , татуировки отрицает.

6**. половой партнер** постоянный, случайные половые связи отрицает. Использует барьерный метод контрацепции.

**VI объективное исследование**

**Status praesens:**

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица спокойное. Походка свободная. Телосложение правильное. Нормостеничесий конституционный тип. Рост: 176, вес: 70

**Питание больного**: удовлетворительное. ИМТ 22,5 кг/м2

**Кожные покровы**: бледно-розового цвета, тургор сохранен, влажность умеренная. Сыпи, рубцов, сосудистых звездочек, ксантом не наблюдается. Волосы тусклые, ногти, бледно-розового цвета, ломкие. Слизистые оболочки рта и мягкого неба розового цвета, чистые, влажные. Отеков не наблюдается.

**Лимфатические узлы**: при осмотре лимфатические узлы визуально не определяются.

При пальпации: затылочные, заднешейные, околоушные, переднешейные, подбородочные, подчелюстные, подключиные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные не пальпируются.

**Мышечная система**: обычно развита, тонус ослаблен, безболезненны при пальпации и движениях. Дрожания в концевых отделах конечностей не отмечается. Атрофии, гипертрофии отдельных групп мышц нет. Парезов и параличей нет.

**Костная система**: деформации костей и суставов не наблюдается. Суставы подвижные, безболезненные. Движения сохранены в полном объеме. Хруста и флюктуации не наблюдается. Осанка ровная.

**Специальный осмотр:**

**Голова и лицо:** обычной формы, строение мозговой и лицевой частей черепа пропорционально, надбровные дуги выражены умеренно. Тип оволосенения по женскому типу. Выпадение, ломкость волос, поседение не наблюдается.

**Глаза, веки:** Ширина глазной щели 3,5 см. Субиктеричность склер. Зрачки обычной формы, реакция на свет содружественная. Слезотечение отсутствует.

**Нос:** не деформирован. Дыхание свободное, ровное. Выделений из носа нет. Слизистая розовая, не отечная.

**Губы:** розовые, увлажненные, трещин в уголках рта, патологических высыпаний не наблюдается.

**Шея:** не искревлена, симметрична. Видимой пульсации сонныхартерий не наблюдается.

**Щитовидная железа:** не пальпируется.

**Органы дыхания.**

**Осмотр грудной клетки:**

**Статический осмотр:** форма грудной клетки нормостеническая, патологических искривлений позвоночника, ассиметрии не наблюдается. Надключичные и подключичные ямки симметричные, хорошо выраженные. Лопатки плотно прилегают.

**Динамический осмотр:** отставания одной из половин грудной клетки при дыхании не наблюдается, грудной тип дыхания, глубина дыхания обычная, дыхание ритмичное, чдд- 18 в мин. Одышки нет.

**Пальпация грудной клетки:** грудная клеткапри пальпации безболезненна, эластична, межреберные промежутки хорошо контурируются, эластичные, безболезненные. Голосовое дрожание проводиться равномерно с обеих сторон в симметричных участках.

**Сравнительная перкуссия легких:** над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук. В норме более тихий и короткий звук определяется над правой верхушкой по сравнению с левой, над верхними долями по сравнению с нижними, в правой подмышечной области, во II и III межреберьях слева. Усиление легочного звука, появление тимпанического оттенка имеет место при перкуссии нижних отделов легкого.

Верхушки обоих лёгких спереди на 3 см выше ключиц, сзади – на уровне VII шейного позвонка.

Подвижность нижнего края обоих лёгких по l.axillaris media составляет 6 см.

Ширина перешейков полей Кренинга - 7 см справа и слева.

**Аускультация легких:** над всейповерхностью легкихвыслушивается нормальное везикулярное дыхание, его физиологическое ослабление определяется над верхушками легких и над нижними краями легких.

Бронхиальное дыхание выслушивается: спереди в области рукоятки грудины, сзади на уровне 8-го шейного позвонка и на уровне 3-4-го грудных позвонков. Бронхо- везикулярное дыхание выслушивается над правой верхушкой легкого. Патологических дыхательных шумов не выявлено. Бронхофония равномерна с обеих сторон в симметричных участках.

**Органы кровообращения.**

**Осмотр области сердца:**

Деформации грудной клетки в области сердца не наблюдается. Сердечный толчок не определяется.

**Пальпация:**

 Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1.5см кнутри от l.medioclavicularis, площадью 1см, средней силы. Сердечный толчок не пальпируется. Эпигастральной пульсации нет. "Кошачье мурлыканье" на аорте и верхушке сердца не пальпируется.

**Перкуссия сердца:**

**Границы относительной тупости:**

Правая граница определяется в IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины. Верхняя граница – определяется в III межреберье. Левая граница определяется в V межреберье на 1см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

**Аускультация сердца:** в пяти классических точках выслушиваются два обязательных тона и две паузы. Тоны представляют собой правильные быстро затухающие колебания, которые выслушиваются как короткий звук. Расщепления или раздвоения тонов, трехчленные ритмы - ритм перепела и ритм галопа не выслушиваются. ЧСС – 78. I тон на верхушке и у основания мечевидного отростка выслушивается как более сильный по сравнению со II тоном. В то же время во втором межреберье II тон выслушивается лучше. I тон ниже и продолжительнее второго тона. II тон выслушивается после короткой паузы. I тон совпадает с верхушечным толчком и пульсом на сонной артерии. Сердечные шумы не выслушиваются.

**Исследование магистральных сосудов крупного и среднего калибра:** визуально и пальпаторно пульсация аорты в яремной ямке не определяется. видимая пульсация сонных артерий отсутствует. Набухание и видимая пульсация шейных вен не определяется. Венный пульс отрицательный.

**Исследование артериального пульса:** пульс на лучевых артериях одинаков на обеих руках по наполнению и времени появления пульсовых волн. Частота пульса 78 уд/мин. Средний по наполнению, напряжению и величине. По форме быстрый. Аритмичный. Дефицита пульса нет. Сосудистая стенка эластичная и равномерная. Пульс на височных артериях и артериях нижних конечностей( задняя большеберцовая, артерия тыла стопы) без особенностей. Капиллярный пульс отрицательный. Артериальное давление 120/ 60 мм рт. ст.

**Органы пищеварения и брюшной полости.**

**Осмотр полости рта:** зубы и десны здоровые, язык розовый, влажный, у корня обложен белым налетом. В углах губ патологических высыпаний и заек нет. Глотка чистая, розового цвета. Миндалины чистые, не увеличены.

**Осмотр живота:** конфигурация живота уплощенная. Симметричный. Участвует в акте дыхание. Видимой перистальтики желудка и кишечника не наблюдается. Расширения подкожных вен, грыжи, расхождения прямых мышц живота не выявлено.

**Поверхностная ориентировочная пальпация живота по Образцову-Стражеско:** животпри пальпации безболезненный, передняя брюшная стенка не напряжена. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.симптом флюктуации отрицательный. Слабые места( белая линия живота, пупочное кольцо, паховое кольцо) без особенностей.

**Глубокая скользящая топографическая методическая пальпация кишечника и желудка по Образцову-Стражеско и Василенко:** При пальпации сигмовидной кишки в левой подвздошной области, она прощупывается в виде гладкого, плотноватго цилиндра, диаметром 2 см. Пассивно подвижна в пределах 3-5 см. Безболезненна, не урчит, перистальтирует редко и вяло. Слепая кишка, в правой подвздошной области пальпируется в виде мягкого цилиндра, безболезненна, подвижность её 2-3 см, диаметром 3 см, слегка урчащая. Поперечно-ободочная кишка пальпируется на 3 см вниз от большой кривизны желудка. При пальпации безболезненна, очень подвижная, в расслабленном состоянии мягкая, диаметром 5 см, слегка урчащая. Восходящая и нисходящая часть толстого кишечника пальпируется в виде эластического тяжа, диаметром 5 см, подвижна, безболезненна, не урчит.

**Пальпация желудка:** большая кривизна желудка пальпируется в виде валика с ровной поверхностью, расположенного на 2см выше пупка по обе стороны от срединной линии. Не подвижный, безболезненный, слегка урчащий.. Малая кривизна не пальпируется. Привратник не пальпируется.

**Пальпация поджелудочной железы по Гроту:** не пальпируется. Болезненность при пальпации и напряжение мышц брюшного пресса в области проекции поджелудочной железы отсутствуют.

**Перкуссия живота:** желудок и кишечник дают громкийтимпанический звук. Симптом Менделя отрицательный. Наличие свободой жидкости не выявлено.

**Аускультация живота:** по всем топографическим областям выслушивается перистальтика кишечника. Шум трения брюшины не определяется

**Исследование печени.**

**Осмотр области проекции печени:** ограниченного или диффузного выбухания не наблюдается. Расширения кожных вен, анастомозов, кровоизлияний, сосудистых звездочек нет.

**Перкуссия печени:** верхняя граница печени находитсяна уровне VI ребра, в частности по правой окологрудинной, срединно-ключичной и передней подмышечной линиям. Нижняя граница печени расположена: по правой срединно-ключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги, по передней срединной линии- на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком, по левой реберной дуге- на уровне VII-VIII ребер.

**Пальпация печени по методу Образцова-Стражеско:** нижний край печени закругленный, ровный, мягкий, не пульсирует. По передней подмышечной и среднеключичной линии нижний край печени пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, по передней срединной- на 1 см,

**Размеры печени по Курлову:** первый размер- 14см, второй размер- 11см, третий размер-7см.

**Исследование желчного пузыря.**

**Осмотр области проекции желчного пузыря:** в правом подреберье, в фазе вдоха выпячивания или фиксации этой области, а также каких-либо других изменений не обнаружено.

**Поверхностная пальпация:** резистентности и болезненности не наблюдается.

**Глубокая пальпация:** не увеличен, безболезненный. Прощупывается в виде округлого эластического образования. Симптом Курвуазье отрицательный. Симптом Ортнера отрицательный.

**Исследование селезенки.**

**Осмотр области проекции селезенки:** выбухания левой боковой поверхности грудной клетки и левого подреберья не обнаружено.

**Перкуссия селезенки:** Нижний край селезенки определяется вдоль края левой реберной дуги на уровне Х ребра до места появления притупленного звука (1 точка).

Верхний край селезенки определяется на линии в направлении первой точ­ки до места появления притупленного звука (2-я точка). Длинник селезенки - отрезок, соединяющий 1-ю и 2-ю точки - 6 см.

Поперечник селезенки определяется методом перкуссии от периферии к центру селезенки в направлении от ясного звука к тупому, по перпендикуляру, который делит длинник селезенки пополам, до появления притупленного звука (3-я точка). 4-ю точку определяют перкуторно снизу вверх, но нижнему отрезку перпендикуляра, который делит длинник селезенки пополам, до появления притупленного звука. Отрезок, соединяющий 3-ю и 4-ю точки - поперечник селезенки 4 см.

**Пальпация селезенки:** не пальпируется.

**Размеры селезенки по Курлову-Кассирскому:** длинник- 7см, поперечник- 5см.

**Органы мочевыделения.**

**Осмотр области поясницы:** ограниченного или диффузного выбухания не наблюдается. Расширения кожных вен, анастомозов, сосудистых звездочек нет.

**Пальпация почек в горизонтальном положении:** не пальпируются.

**Пальпация почек в вертикальном положении:** не пальпируются.

Болезненности в болевых точках (верхне- и нижнемочеточниковых) не обнаружено. Симптом Пастернацкого отрицательный. При аускультации почечных артерий шумы не выслушиваются.

**Перкуссия мочевого пузыря:** перкуторно не выступает над лобком

**Пальпация мочевого пузыря:** пальпируется непосредственно над лобковым сочленением, эластичный, безболезненный. Уплотнений при пальпации не обнаружено.

**Исследование нервно-психической системы.**

Сознание ясное. Интеллект снижен. Память снижена. Эпилептические приступы с потерей сознания и судорогами. Расстройств речи нет. Двигательная сфера: нарушений координации, походки, судорог, параличей не выявлено. Рефлексы: реакция зрачков на свет – живая, симметричная, корнеальные, глоточные рефлексы не изменены. Менингеальные симптомы – отрицательные.

**Эндокринная система.**

**Осмотр:** Область щитовидной железы не увеличена. Глазные симптомы (экзофтальм Грефа, Мебиуса, Штельвага) отрицательны

**Пальпация:** щитовидная железа не пальпируется

**Аускультация:** сосудистые шумы над железой не выслушиваются.

Вторичные и первичные половые признаки развиты в соответствии с возрастом. Пигментации кожных покровов не обнаружено.

**VII Предварительный диагноз:**

Основной: хронический вирусный гепатит С, генотип 2, высокой степени активности, период репликации, РНК HCV положительный 1,02 \*106 копий/мл от 05.11.12

Осложнения: нет

Сопутствующий: нет

**VIII План обследования:**

**Лабораторные методы исследования:**

1. клинический анализ крови
2. общий анализ мочи
3. кал на яйца гельминтов
4. ЭДС, ИФА (на ВИЧ ) крови
5. определение группы крови и резус-фактора
6. маркерограмма (HBs Ag, aHCVсумм, aHCV IgM, aHCV IgG,aHCV NS345)
7. обнаружение РНК HCV методом ПЦР +количественно
8. биохимический анализ крови (общий белок + фракции, мочевина, креатинин, ГГТ, билирубин фракционно, AlAT, AsAT, тимоловая проба, щелочная фосфотаза)
9. липидограмма
10. кровь на САСС
11. копрограмма

**Инструментальные методы исследования:**

1. УЗИ органов брюшной полости
2. флюорография органов грудной клетки
3. эластометрия печени
4. ЭКГ

**IX Результаты обследования:**

**Лабораторные методы исследования:**

1. клинический анализ крови

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Результат | норма |  | результат | норма |
| лейкоциты | 7,7 \*109г/л | 4,0-9,0г/л | эритроциты | 3,96\*1012г/л | 3,9-5,00г/л |
| лимфоциты | 30% | 0,81-3,80% | гемоглобин | 130г/л | 130-170г/л |
| эозинофилы | 1% | 0,04-0,45% | гематокрит |  | 0,4-0,48 |
| нейтрофилып/яс/я | 4%56% | 2,25-6,80%1-6%47-72% | тромбоциты | 320\*109 | 150-400 |
| моноциты | 5% | 0,12-0,79% |  |  |  |
| базофилы |  | 0,00-0,09% |  |  |  |
| СОЭ | 3 мм/ч | 2-20 |  |  |  |

1. общий анализ мочи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| цвет | желтый | билирубин |  |
| прозрачность |  прозрачная | уробилиноген |  |
| реакция, рН | кислая | соли | ++ |
| удельный вес | 1010 | эритроциты | - |
| белок | - | лейкоциты | 4-5 |
| глюкоза | - | цилиндры |  |
| бактерии | - | эпителий пл. | 8-10 |

1. Кал на яйца гельминтов.

Яйца гельминтов в анализе кала не обнаружены.

1. ЭДС, ИФА (на ВИЧ ) крови отрицательны
2. I (O), Rh+
3. маркерограмма

HBs Ag не обнаружен

aHCVсумм положительно

aHCV IgM отрицательно

aHCV IgG положительно

aHCV NS345 положительно

1. обнаружение РНК HCV методом ПЦР +количественно ( от 05.11.12)

обнаружена РНК вируса гепатита С 2 генотипа

1,02\* 106 РНК HCV копий/ мл.

1. биохимический анализ крови:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| холестерин | 5,3 ммоль/л | 0-6,2 ммоль/л |
| мочевина | 5,2 ммоль/л | 1,70-7,50 ммоль/л |
| билирубин общий прямой | 110 ммоль/л18 ммоль/л | 0-25,7 ммоль/л |
| ALT | 123 ед/л | 9-40ед/л |
| AST | 122 ед/л | 0-31ед/л |
| тимоловая проба | 7 ед |  |
| общий белок альбумины глобулины α1 α2 β γ | 69,7 г/л60,2%3,9%8,5%9,0%16,5% | 65-85г/л |
| креатинин | 70мкм/л | 55-97мкм/л |
| тригл. | 1,11 |  |
| ГГТ | 30 ед/л |  |
| щелочная фосфотаза | 320 ед/л |  |

1. липидограмма:

холестерин общий: 4,0 ммоль/л

ЛПВП: 1,50 ммоль/л

ЛПНП: 1,38 ммоль/л

ЛПОНП: 1,70 ммоль/л

триглицериды: 1,60 ммоль/л

атерогенный индекс плазмы: 2,0

1. кровь на САСС:

фибриноген: 2,6 г/л

ПТИ: 107%

ПТВ: 14

этаноловый тест: отрицательный

АПТВ: 30 с

1. копрограмма:

цвет: коричневый

консистенция: плотная

форма: обычная

микроскопия:

мышечные волокна перев.: ++

не перев.: -

кристаллы жирных кислот: ++

нейтральный жир: -

мыла :-

крахмал: -

лейкоциты: -

эритроциты: -

**Инструментальные методы исследования:**

1. УЗИ органов брюшной полости (от 2.11.12)

заключение: гепатомегалия, диффузные изменения печени.

1. флюорография органов грудной клетки (от 2.11.12)

заключение: признаков патологии не выявлено.

1. эластометрия печени ( от 06.11.12)

заключение: фиброз I степени кРА 6,7

**X Окончательный клинический диагноз и его обоснование.**

Основной: хронический вирусный гепатит С, генотип 2, умеренной степени активности, период репликации, РНК HCV положительный 1,02 \*106 копий/мл от 05.11.12

Осложнения: нет

Сопутствующий: нет

**В пользу диагноза:** хронический вирусный гепатит С, генотип 2, умеренной степени активности, период репликации, РНК HCV положительный 1,02 \*106 копий/мл от 05.11.12, свидетельствуют:

**жалобы больной:** на повышенную утомляемость, слабость, снижение работоспособности.

**данные эпидемическог анамнеза**: гемотрансфузия (после операции кесарево сечения, 1985)

**объективное исследование:**

**данные физикального осмотра:** субиктеричность склер, гепатомегалия (2см из под края реберной дуги)

**лабораторные методы исследования:**

изменение печеночных показателей цитолиз 8-10 норм, обнаружение a-HCV, ПЦР, РНК С положительный, генотип 2, вирусная нагрузка 1,02 \*106 коп/мл.

**инструментальные методы исследования:**

эластометрия печени свидетельствует фиброзу I степени кРА 6,7

**На основании данных симптомов выделяют следующие синдромы:**

1. астеновегетативный синдром (утомляемость, слабость, снижение работоспособности.)

2. синдром гипербилирубинемии ( показатели уровня прямого билирубина увеличены до 19,5 мкмоль/л)

3. цитолитичекий синдром (ALAT: 123 ед/л, ASAT: 122 ед/л)

4. синдром мезенхимального воспаления ( тимоловая проба : 7 ед)

5. холестатический синдром ( увеличение в крови щелочной фосфотазы и общего билирубина)

6. синдром печеночно-клеточной недостаточности ( увеличение в крови уровня белковых фракций)

Дигноз: хронический вирусный гепатит С, генотип 2, умеренной степени активности, период репликации, РНК HCV положительный 1,02 \*106 копий/мл от 05.11.12, ставиться на основании выявленных синдромов, инструментальных исследований и лабораторных данных.

**IX Дифференциальный диагноз:**

Хронический вирусный гепатит С необходимо прежде всего дифференцировать с аутоиммунным гепатитом. У взрослых пациентов с АИГ протекает как правило с отчетливыми клиническими симптомами. Подобное течение у взрослыхс ХВГС является скорее редким. При проведении лабораторных исследований в типичных случаях АИГ первым характерным признаком оказывается повышение уровня гаммаглобулинов. Определенную помощь в диагностике дает определение аутоантител(ANA,SMA).

Хронический гепатит иногда протекает как острый. Распознавать помогает анамнез. Кроме того, при остром гепатите активность ферментов достигает очень высоких цифр, при хроническом гепатите активность ферментов повышается умеренно. При остром гепатите по данным протеинограммы нет нарушений белковых фракций крови.

При хроническом гепатите, в отличие от цирроза печени, нет признаков портальной гипертензии. Помогает также метод биопсии: при хроническом гепатите сохранена дольковая структура.

Синдром Дубина-Джонса: доброкачественная гипербилирубинемия. Другое название - юношеская перемежающаяся желтуха. При этом есть дефект фермента, осуществляющего транспорт билирубина. В отличие от хронического гепатита нет увеличения печени, энзимопатия наследуется по аутосомно-доминантному типу. Заболевание появляется впервые после пубертантного периода. Жалобы на тяжесть и тупые боли в области печени, эпигастрии, непонятные диспепсические расстройства. Спленомегалия отсутствует, желтуха умеренная, общий билирубин обычно 2-6 мг% и постоянно колеблется около одной средней величины. Связанный билирубин повышен и составляет 60-80% от общего. Наблюдается постоянная билирубинурия, уробилиновые тела остаются в норме. Для заболевания патогномонично увеличение в моче копропорфирина -1 более 80%.

**XI Дневник**

07.11.12

Состояние средней тяжести, сохраняется слабость. Кожные покровы чистые, светлые. Адекватна, контактна, правильно ориентирована. Менингиальных симптомов нет.

ЧД- 19 /мин

Тоны сердца ритмичные.

 ЧCC-74уд/мин, АД-120/80мм.рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 2 см из под края реберной дуги. Стул регулярный, оформленный. Симптом покалачивания отрицательный справа и слева. Диурез адекватный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Плановые назначения выполняются.

 08.11.12

Состояние средней тяжести, сохраняется слабость. Кожные покровы чистые, светлые. Адекватна, контактна, правильно ориентирована. Менингиальных симптомов нет.

ЧД- 18 /мин

Тоны сердца ритмичные.

 ЧCC-74уд/мин, АД-120/80мм.рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 2 см из под края реберной дуги. Стул регулярный, оформленный. Симптом покалачивания отрицательный справа и слева. Диурез адекватный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Проведена беседа по ПВТ. Плановые назначения выполняются.

**XII Лечение**

1. режим палатный
2. диета №5 по Певзнеру
3. медикаментозное лечение:

гепатопротекторы:

Rp.: Sol. Octolipeni 10.0

 D.t.d. № 10 in amp.

 S. 1-2 ампулы (300 - 600 мг) препарата разводят в 50-250 мл 0.9% раствора натрия хлорида. Готовый раствор вводят в/в капельно.

Rp.: Tab. “Ursosan” 0,25 №10

 D.s.: 2-3 раза/сут во время еды

противовирусные и иммуномодулирующие препараты:

Rp.: Sol. Alteviri 3000000 МЕ/мл

 D.t.d. № 5 in amp.

 S. 3 раза в неделю в течение 6—12 мес в/м.

Rp.: Tab. Ribavirini 0,2 №30

 D.s.: Внутрь, не разжёвывая и запивая водой, вместе с приёмом пищи по 08.-1.2 г в сутки в 2 приема (утром и вечером). Курс не менее 24 недель.

Витамин В:

 Rp.: Tab. Acidi Folici 0,001 №50

 D.s.: внутрь после приема пищи. (1-2 таблетки) 1-3 р/сутки.