ГОУ ВПО КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ.

Кафедра инфекционных болезней.

Заведующий кафедрой: профессор, д.м.н. Фазылов В. Х.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 37 лет

**Диагноз:** Хронический Вирусный Гепатит С.

Стадия обострения, фаза реактивации.

Куратор:

студентка группы 1506

Гизатулина Р.Р.

Преподаватель:

Галеева Н.В.

Казань 2011

*Ф.И.О. больного: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Пол:* мужской.

*Возраст:* 37 лет (11.11.1974г)

*Место работы: Неработающий*

*Адрес места жительства:*

*Дата поступления в стационар:* 22.03.2012г. в 14:22.

*Диагноз при поступлении:* Хронический Вирусный Гепатит С. Стадия обострения.

*Предварительный диагноз:* Хронический Вирусный Гепатит С. Стадия обострения.

# *Диагноз окончательный:* Хронический Вирусный Гепатит С. Стадия обострения,фаза реактивации.

# **26.03.2012г. 10:30**

***ЖАЛОБЫ:***

***жалобы на день курации:***

***Со слов больного:***

слабость, общее недомогание, тошнота, умеренные боли в правом подреберье ноющего характера.

***АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:***

Считает себя больным с июля 2005 года, когда случайно при маркерной диагностике были обнаружены антитела к НСV инфекции, на тот момент больной жалоб не предъявлял, был поставлен диагноз: Хронический вирусный гепатит С, состоял на учете у инфекциониста. С января 2009 года больной стал отмечать нарастающую слабость, недомогание, снижение аппетита, дискомфорт в эпигастрии, тошноту и рвоту до 2-х раз в сутки, горечь во рту, затем присоединились боли в правом подреберье ноющего характера. Больной с данными жалобами за медицинской помощью не обращался в течение полу года. По совету родителей обратился в поликлинику по месту жительства, откуда был направлен инфекционистом в Инфекционную больницу города Казань для лечения. С диагнозом: Хронический вирусный гепатит С, получал лечение 2 недели, затем был выписан. Состояние больного на тот момент улучшилось. В октябре 2011 года больной начал отмечать те же симптомы что и с января 2009 года: слабость, вялость, общее недомогание, дискомфорт в эпигастрии, тошноту, рвоту до 2-х раз в сутки, горечь во рту, умеренные боли в правом подреберье ноющего характера, стул со слов больного жидкий, 1-2 раза в день. Больной, пренебрегая своим здоровьем, не обращался за медицинской помощью пол года, затем 22.03.2012г. родители вынудили его обратиться в поликлинику, после чего был направлен на госпитализацию в Инфекционную больницу г. Казань

***АНАМНЕЗ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО:***

Родился 11.11.1974 г, здоровым ребенком, в срок, от 1-й беременности. Рос и развивался соответственно возрасту и гигиеническим нормам. С 6 лет пошел в школу. Закончил 11 классов, поступил в КГТУ, получил профессию инженера. По профессии не работал, занимался воровством. В местах лишения свободы не находился. Был женат, в данный момент в разводе, детей нет. Проживает с родителями. Жилищные условия удовлетворительные. Питание со слов больного полноценное, регулярное.

**Вредные привычки: с 17 по 36 год жизни принимал наркотики внутривенно (героин, «маковую соломку»); в последний год злоупотребляет алкоголем (каждый день); курит с 17 лет по 2-3 сигареты в день.**

**Перенесенные операции:** отрицает.

**Перенесенные заболевания:** ОРВИ, ангина, ветряная оспа. Вирусный Гепатит А в 6 лет. Туберкулез и ВИЧ контакт с инфекционными больными отрицает.

**Гемотрансфузионный анамнез:** Гемотрансфузий не было.

**Аллергологический анамнез:** Повышенной чувствительности к медикаментам, пищевым продуктам не отмечает.

**Наследственность:** не отягощена.

***ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:***

1. ***выявление источника инфекции:***

а) С лихорадящими больными за один месяц, с желтушными лицами за последние 35 дней, и с лицами, имевшими кишечные расстройства за последние 7 дней до заболевания контакта не имел.

б) Наличие подобных заболеваний среди семьи, соседей не отмечает.

в) Контакт с больными животными, грызунами, птицами за последние 1,5 месяца отрицает.

г) В сфере жизнедеятельности грызунов, и загрязнение их выделениями больной отрицает.

***2. выявление путей и факторов передачи:***

***а)*** санитарно - гигиенические содержания домашней обстановки соответствуют норме, проживает в благоустроенной 2-х комнатной квартире со всеми удобствами, санитарно- гигиеническое состояние туалета соответствует норме.

***б)*** правила личной гигиены соблюдает.

***в)*** условия питания со слов больного удовлетворительные.

***г*)** условия водопользования: использует воду из под крана (центральное водоснабжение).

***д)*** за последний месяц за пределы РТ не выезжал.

***е***) с посторонними приезжими лицами не контактировал.

**ж)** за последние 6 месяцев кровь, свежая плазма, кровезаменители не переливались, операции, инструментальные обследования, инъекции, сдача крови, лечение и удаление зубов не совершались.

***3. подверженность профилактическим прививкам: прививался соответственно возрастному календарному плану, за последний год вакцинации не подвергался.***

***Эпидемиологический анамнез:***

Антитела к HCV- инфекции (Вирусному Гепатиту С) с 2005 года (выявил случайно, дальнейшего дообследования и лечения не проводилось). Состоит на учете у инфекционистов. Заболевание больной связывает с внутривенным введением наркотиков.

***ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:***

**Общее состояние больного** - удовлетворительное, температура тела — 36,6°С.

Положение больного - активное. Сознание - ясное. Выражение лица – обычное. Телосложение правильное, нормостенический тип конституции. Рост 174 см, масса тела 69 кг. Индекс массы тела = 69/1,742 = 22,8. Соответствует норме (18-25)

**Кожные покровы:** физиологической окраски, лицо гиперемировано (рыбачит на реке) умеренной влажности, эластичные, тургор сохранен. Видимые слизистые розового цвета, влажные, чистые.

**Подкожно-жировая клетчатка:** выражена умеренно (толщина кожной складки 1.5 см). Распределена равно­мерно. Отеков нет.

**Лимфатические узлы: (подчелюстные, шейные, надключичные, под­ключичные, подмышечные, паховые).** При осмотре не видны, при пальпации не увеличены, эластичной консистенции, диаметром 1.5-2.0 см, не спаяны между собой и окружающими тканями, безболезненны.

**Мышечная система:** развита удовлетворительно. Болезнен­ности при пальпации мышц не наблюдается. Тонус мышц сохранен. Мышечная сила удовлетворительная.

**Костная система:** при обследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, болезненность и деформации не наблюдаются.

**Суставы:** правильной конфигурации. Деформа­ции, припухлость, болезненность суставов и околосуставных тка­ней не определяются. Активные и пассивные движения в полном объеме.

**Нервная система:** Обоняние, вкус, зрение, слух – без выраженных изменений. Речь, координация движений не нарушены.

**Дыхательная система:** Дыхание через нос свободное. Голос сохранен. Грудная клетка без деформаций, правильной конфигурации. Над и подключичные ямки выражены умеренно, ключицы симметрично расположены, лопатки прилежат к грудной клетке, ребра имеют косо-нисходящий ход, эпигастральный угол 90: грудная клетка нормостенического типа. Тип дыхания — брюшной. Дыхание ритмичное. Частота дыхания — 17 в мину­ту. Дыхательные движения обеих сторон грудной клетки средние по глу­бине, равномерные и симметричные. Вспомогательная дыхательная мус­кулатура в акте дыхания не участвует. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластичная. Голосовое дрожание проводится с одинаковой силой над симметричными участками грудной клетки.

***Перкуссия легких***

При *сравнительной перкуссии* над всей поверхностью легких выявляется ясный легочный звук, симметричный.

*Данные топографической перкуссии*: Высота стояния верхушек: Спереди: справа — на 3 см выше уровня ключицы, слева — на 3 см выше уровня ключицы. Сзади: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Крёнига: справа — 4,5 см, слева — 5 см. Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа | Слева |
| Окологрудинная | V межреберье | 1V межреберье |
| Среднеключичная | VI межреберье | VI межреберье |
| Передняя подмышечная | VII межреберье | VII межреберье |
| Средняя подмышечная | VIII межреберье | VIII межреберье |
| Задняя подмышечная | IX межреберье | IX межреберье |
| Лопаточная | X межреберье | X межреберье |
| Околопозвоночная | Остистый отросток  XI грудного позвонка | Остистый отросток  XI грудного позвонка |

***Аускультация легких***

При аускультации над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание, одинаковое слева и справа, хрипы не выслушиваются. Бронхофония проводится симметрично.

*Подвижность нижних краев легких (в см)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа | | | Слева | | |
|  | На вдохе | На выдохе | Суммарная | На вдохе | На выдохе | Суммарная |
| Среднеключичная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |
| Средняя подмышечная | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| Лопаточная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |

**Сердечно-сосудистая система:**

Область сердца без деформаций. Патологической пульсации в области крупных сосудов не выявляется. При пальпации области сердца верхушечный толчок определяется в 5-м межреберье, на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, ширина – 2 см, умеренной силы, резистентный, низкий, положительный. Сердечный толчок пальпаторно не определяется.

***Перкуссия сердца:***

*Границы относительной сердечной тупости:* правая — 1,0см кнаружи от правого края грудины (в IV межреберье), верхняя — на уровне III межреберья слева, левая — 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии (в V межреберье), совпадает с верхушечным толчком.

*Границы абсолютной сердечной тупости* :правая — левый край грудины, (в 5-м межреберье) верхняя — на уровне IV ребра, левая - 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии ( в 5-м межреберье).Ширина сосудистого пучка — 6.0см. Конфигурация сердца типа бычьего сердца, талия не сохранена.

*При аускультации сердца* тоны сердца ясные, ритмичные. Соотношение тонов на верхушке и основании сохранено. Нарушение ритма аускультативно не определяется. Ритм правильный. ЧСС – 75 уд/мин.

АД: на левой руке 130/70 мм рт. ст. На правой руке 130/70 мм рт. ст. Пульс – 75/мин.

**Система пищеварения:**

Слизистая оболочка полости рта розовой окраски, влажная. Миндалины не увеличены, десны бледно-розового цвета. Зубы санированы. Язык ярко-красной окраски, влажный, не обложен. Сосочковый слой сохранен. Живот правильной конфигурации, мягкий. Отмечается болезненность в правом подреберье. Метеоризма нет. Состояние пупка обычное. Подкожные вены не расширены. Видимой перистальтики нет. Поджелудочная железа не пальпируется.

При перкуссии живота определяется тимпанический звук, свободная жидкость не определяется.

При глубокой скользящей пальпации:

Сигмовидная кишка пальпируется в левой паховой области на протяжении 10 см,

цилиндрической формы, плотноэластической консистенции с гладкой поверхностью, подвижная в пределах 4-5 см., б/болезненная, не урчащая. Остальные отделы толстого кишечника не пальпируются. Методом аускультации нижняя граница желудка определяется на 3,5 см выше пупка. При аускультации выслушиваются нормальные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины не определяются.

**Гепато-лиенальная система:**

Печень при пальпации увеличена на 3 см ниже края реберной дуги, плотной консистенции, край закруглен, умеренно болезненна. Выпячивания, деформации в области *печени* не выявляются. Размеры печеночной тупости по Курлову: по среднеключичной линии —15 см, по срединной линии тела —11 см, по левому краю реберной дуги –10 см.

Желчный пузырь не пальпируется, б/болезненный в точке Кера.

Симптомы Ортнера, Захарьина, Василевского, Мерфи, правосторонний френикус с-м (Георгиевского-Мюсси) отрицательны.

При осмотре области селезенки выпячивании и деформаций нет. Селезёнка не пальпируется. Размеры селезёночной тупости:

Поперечник – 6 см., длинник – 8 см.

Стул со слов больного жидкий, 1-2 раза в день.

**Эндокринная система:**

При осмотре и пальпации щитовидная железа не определяется. Патологические глазные симптомы не выявляются. Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

**Органы мочевыделения:**

При осмотре области *почек в положении лежа и на спине, с боку и стоя* патологические изменения не выявляются. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обе­их сторон. Мочевой пузырь не определяется

Мочеиспускание безболезненное, без патологических примесей. Количество отделяемой мочи 1.5- 2 литра в сутки, цвет соломенно-желтый.

***ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:***

Хронический Вирусный Гепатит С. Cтадия обострения.

***ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:***

1. Биохимический анализ крови(ФПП) на: АЛТ, ЩФ, Билирубин (общий, прямой), Холестерин, ГГТ, ПТИ, общий белок, тимоловые пробы
2. ИФА на вирусные гепатиты В, С
3. ПЦР на РНК HCV – инфекции
4. УЗИ органов брюшной полости
5. Фибросканирование печени
6. Протеинограмма
7. Коагулограмма
8. ОАМ на уробилин и желчные пигменты
9. ОАК
10. Анализ крови на ВИЧ, RW.

**Данные лабораторных и инструментальных методов обследования :**

**Биохимический анализ крови от 23.03.2012г:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Норма** | **У больного** | **Интерпретация** |
| БИЛИРУБИН  ОБЩИЙ  ПРЯМОЙ | 0.00-21,0 ММОЛЬ\Л  0,00-3,42 ММОЛЬ\Л | **53,63 ММОЛЬ\Л**  **23,02 ММОЛЬ\Л** | **Повышен**  **Повышен** |
| ХОЛЕСТЕРИН | 3.11-6.48 ММОЛЬ\Л | 6.0 ММОЛЬ\Л | N |
| Протромбиновый индекс (ПТИ) | 94,0% | 80,0 – 120,0 % | N |
| ГГТ | 0,00 - 49,00 U/L | **843,7 U/L** | **Резко повышен** |
| АЛТ | 0,00 - 41,0 U/L | **220,1 U/L** | **повышен** |
| Щелочная фосфотаза | 87,5 U/L | 53,0 – 128,0 U/L | N |
| ОБЩИЙ БЕЛОК  Тимоловая проба | 64-83 Г/Л  4 Ед. | 78,4 Г/Л  **6 Ед.** | N  **Повышена** |

**Заключение:** гипербилирубинемия за счет увеличения прямой фракции, увеличение АЛТ, ГГТ, тимоловой пробы.

**ПЦР на РНК HCV-инфекции от 23.03.2012г:** обнаружена РНК HCV-инфекции.

**ИФА на вирусные гепатиты В, С от 23.03.2012г:**

- HBsAg – отрицательный

- Ig G, Ig M, anti-HCV core – обнаружены

**УЗИ органов брюшной полости от 23.03.2012г:**

**Заключение:** печень увеличена: правая доля -140мм (при норме 80-135мм), левая доля – 83мм (при норме 56-80мм), эхоструктура однородная, края ровные, контуры четкие.

**ОАК от 22.03.2012г**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | | **Норма** | | **У больного** | **Интерпретация** |
| ЭРИТРОЦИТЫ | | 4-5.6\*10^12 л | | 4.9\*10^12 л | N |
| ГЕМОГЛОБИН  гематокрит | | 130-170 г/л  40% - 54% | | 146 г/л  40% | N  N |
| ЦВ. ПОКАЗАТЕЛЬ | | 0.86-1.10 | | 1.0 | N |
| ЛЕЙКОЦИТЫ  ТРОМБОЦИТЫ | 4.3-11.3\*10^9 л  180.0\*10 ^9-320.0\*10^9 л | | **3,9\*10^9 л**  186\* 10^9 л | | **снижено**  N |
| НЕЙТРОФИЛЫ:  Палочкоядерные  сегментоядерные | | 1-6 %  47-72 % | | 5 %  69% | N  N |
| БАЗОФИЛЫ | | 0-1 % | | 1% | N |
| ЭОЗИНОФИЛЫ | | 1-5 % | | 0% | N |
| МОНОЦИТЫ | | 6-8 % | | 6% | N |
| ЛИМФОЦИТЫ | | 19-37 % | | 21% | N |
| СОЭ | | 1-14 мм/ч | | 13 мм/ч | N |

**Заключение:** умеренная лейкопения

**ОАМ от 23.03.2012г:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Норма** | **У больного** | **Интерпретация** |
| ЦВЕТ,  ПРОЗРАЧНОСТЬ | соломенно-желтый  прозрачная | соломенно-желтый  прозрачная | N  N |
| УД. ВЕС  РЕАКЦИЯ | 10.10-10.26  нейтральная/слабокислая | 10.10  кислая | N  N |
| БЕЛОК | отсутсвует, следы (0.025-0.0070г/сут) | отсутсвует | N |
| САХАР  ЛЕЙКОЦИТЫ  ЭРИТРОЦИТЫ  ЦИЛИНДРЫ  СЛИЗЬ  Уробилин  Желчные пигменты | 0  0-2  единичные  0  0-2+  -  - | 0  0-1  единичные  0  0  -  - | N  N  N  N  N  N  N |

**Заключение:** анализы мочи в норме.

**Анализ крови на ВИЧ, RW от 23.03.2012Г:**  отрицательно.

**Окончательный диагноз:**

**Хронический вирусный гепатит С. Стадия обострения, фаза реактивации.**

**Обоснование окончательного диагноза.**

Диагноз: Хронический вирусный гепатит С. Стадия обострения, фаза реактивации.

Выставлен на основании анамнеза и клинико-лабораторных данных:

**Именно вирусный гепатит С характеризует:**

**Печеночный синдром:**

**- умеренный цитолиз:** исходя из данных биохимического анализа крови - АЛТ-220,1 U/L, значительно повышен при Норме – 0,00-41,00 U/L.

**- умеренный холестаз:** по данным биохимического анализа крови: Билирубин повышен за счет прямой фракции – ОБ-53,63 ММОЛЬ\Л при норме 0.00-21,0 ММОЛЬ\Л; ПБ - 23,02 ММОЛЬ\Л при норме 0,00-3,42 ММОЛЬ\Л; ГГТ - 843,7 U/L резко повышен при норме 0,00 - 49,00 U/L. Желтухи нет.

**- выраженное мезенхимальное воспаление:** из биохимии крови – повышенная тимоловая проба – 6 Ед. при норме – 4 Ед. Из ОАК – лейкопения как показатель воспаления вирусной этиологии - 3,9\*10^9 л при норме 4.3-11.3\*10^9 л; увеличение печени по заключению УЗИ органов брюшной полости от 23.03.2012г: правая доля -140мм (при норме 80-135мм), левая доля – 83мм (при норме 56-80мм), из объективных данных – при пальпации печень на 3 см ниже края реберной дуги, плотной консистенции, при перкуссии размеры печени по Курлову: 15см, 11см, 10см (при норме: 9см, 8см, 7см). Из анамнеза - боль в правом подреберье ноющего характера.

**Абдоминальный синдром:** из анамнеза: снижение аппетита, дискомфорт в эпигастрии, тошнота, рвота до 2-х раз в сутки; Стул со слов больного жидкий, 1-2 раза в день.

**Астеновегетативный синдром: из анамнеза:** нарастающая слабость, вялость, общее недомогание.

**Результаты специфических лабораторных исследований:**

**ПЦР на РНК HCV-инфекции от 23.03.2012г:** обнаружена РНК HCV-инфекции.

**ИФА на вирусные гепатиты В, С от 23.03.2012г:**

- HBsAg – отрицательный

- Ig G, Ig M, anti-HCV core – обнаружены

**Из анамнеза жизни имелись вредные привычки:** с 17 по 36 год жизни принимал наркотики внутривенно (героин, «маковую соломку»), что являлось фактором риска для парентерального заражения Вирусным гепатитом С.

**Из эпидемиологического анамнеза:** Обнаружены Антитела к HCV- инфекции (Вирусному Гепатиту С) с 2005 года (выявил случайно, дальнейшего дообследования и лечения не проводилось). Состоит на учете у инфекционистов. Заболевание больной связывает с внутривенным введением наркотиков.

**За хронизацию процесса говорит:**

**Из анамнеза:** Считает себя больным с июля 2005 года, когда случайно при маркерной диагностике были обнаружены антитела к НСV инфекции, на тот момент больной жалоб не предъявлял, был поставлен диагноз: Хронический вирусный гепатит С, состоял на учете у инфекциониста. С января 2009 года больной стал отмечать нарастающую слабость, недомогание, снижение аппетита, дискомфорт в эпигастрии, тошноту и рвоту до 2-х раз в сутки, горечь во рту, затем присоединились боли в правом подреберье ноющего характера. Больной с данными жалобами за медицинской помощью не обращался в течение полу года. По совету родителей обратился в поликлинику по месту жительства, откуда был направлен инфекционистом в Инфекционную больницу города Казань для лечения. С диагнозом: Хронический вирусный гепатит С, получал лечение 2 недели, затем был выписан. Состояние больного на тот момент улучшилось. В октябре 2011 года больной начал отмечать те же симптомы что и с января 2009 года: слабость, вялость, общее недомогание, дискомфорт в эпигастрии, тошноту, рвоту до 2-х раз в сутки, горечь во рту, умеренные боли в правом подреберье ноющего характера,стул со слов больного жидкий, 1-2 раза в день.

**Фазу реактивации характеризуют:**

**Результаты специфических лабораторных исследований:**

**ПЦР на РНК HCV-инфекции от 23.03.2012г:** обнаружена РНК HCV-инфекции, для латентной фазы характерна низкая вирусемия.

**ИФА на вирусные гепатиты В, С от 23.03.2012г:**

- Ig M, anti-HCV core – обнаружены, что не характерно для латентной фазы.

**Ухудшение состояния больного: из анамнеза:** слабость, вялость, общее недомогание, дискомфорт в эпигастрии, тошноту, рвоту до 2-х раз в сутки, горечь во рту, умеренные боли в правом подреберье ноющего характера,стул со слов больного жидкий, 1-2 раза в день.

**План лечения:**

1. **Базисная терапия:**

-Режим палатный

**-**Стол №5 по Певзнеру (щадящий диетический режим – исключить трудноперивариваемые жиры: говяжий, бараний, свиной). Режим питания (4-5раз в сутки). Пищу подают в отварном и запеченном виде. Объем жидкости до 1,5 л. Поваренная соль до 12г. Рекомендуемые продукты и блюда: Хлеб серый, грубый. Печенье несдобное. Супы на овощном отваре или на молоке (с водой). Крупы - гречневая, овсяная, макаронные изделия. Фруктовые супы. Нежирные сорта мяса, курица в отварном виде. Нежирная рыба (треска, навага, щука) – в отварном виде. Белковый омлет (без желтков) не чаще 2 раз в неделю. Сметана в блюдах. Творог обезжиренный, простокваша однодневная, кефир нежирный. Капуста, картофель, морковь, свекла в сыром и отварном виде, лук добавляют после отваривания. Фрукты и ягоды в сыром и вареном виде, лимон с сахаром, арбузы, сахар, соевый шоколад. Жиры - масло сливочное и подсолнечное в готовых блюдах. Напитки, соки – отвар из шиповника, соки (с водой), чай с молоком, чай с лимоном, компоты из сухофруктов.

1. **Патогенетическая терапия:**

- HEPTRAL 400 мг, разведенный в 400 мл 0,9% NaCl,

вводить внутривенно, капельно. – Гепатопротектор, способствует регенерации гепатоцитов, препятствует развитию и прогрессированию цирроза печени.

- Rp: Sol. Glucosae 5 %-200 ml + Трисоль (Potassium chloride + Sodium hydrocarbonate + Sodium chloride) 400 мл.

D.t.d №5

S. вводить в\в. капельно. - Раствор Трисоль корректирует содержание воды, электролитов и концентрацию ионов водорода, определяющих кислотно-щелочную среду в организме, улучшает реологические свойства крови, уменьшает гиповолемию, улучшает микроциркуляцию, увеличивает диурез. Оказывает дезинтоксикационное действие за счет снижения уровня токсинов и увеличения диуреза. Изотонический 5% раствор глюкозы оказывает дезинтоксикационное, метаболическое действие, является источником ценного легкоусваиваемого питательного вещества.

- Acidi ascorbinici 500 мг, внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды.

*— для повышения неспецифического иммунитета.*

|  |
| --- |
|  |

- AEVITUM 200 мг, внутрь по 1 капсуле 3 раза в день после еды. – антиоксидант.

- Smecta по 1 пакетику 3 раза в день. - обладает выраженным защитным и адсорбирующим действием, для устранения абдоминальной симптоматики.

### - Bifidumbacterinum - внутрь по 20 доз 2 раза в день. – Пробиотик, нормализуют пищеварительную и защитную функции кишечника, активизируют обменные процессы, повышает неспецифическую резистентность организма.

1. **Этиотропная терапия:**

- ПегИнтрон – 1,5 мг / кг 1 раз в неделю п/к – интерферон, приводит к подавлению репликации вируса в инфицированных клетках, ингибированию пролиферации клеток, усилению фагоцитарной активности макрофагов и специфичной цитотоксичности лимфоцитов в отношении клеток-мишеней.

- Rp: Tab. Ribavirini 0.2

D.t.d №60

S. принимать 1000 мг/сутки (5 таблеток) - ингибирует репликацию

новых вирионов, что обеспечивает снижение вирусной нагрузки,

селективно ингибирует синтез вирусной РНК, не подавляя синтез

РНК в нормально функционирующих клетках.

***ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:***

Требуется проведение дифференциальной диагностики между сходными заболеваниями как токсический гепатит, механическая желтуха, псевдотуберкулез.

Очень трудна дифференциальная диагностика у данного больного вирусного гепатита и механических желтух, так как начало заболевания постепенное, присутствует умеренная желтуха, потемнение мочи, высокий уровень общего билирубина, что характерно для обоих заболеваний (для нашего больного желтуха не характерна). Механическая желтуха развивается в результате частичной или полной непроходимости желчевыводящих путей с нарушением пассажа желчи в кишечник. Она чаще обусловлена холедохолитиазом, стриктурой большого дуоденального сосочка, опухолью головки поджелудочной железы и желчевыводящих путей. В отличие от гепатита для механической желтухи не характерен особенный эпидемиологический анамнез. Так при подпеченочной желтухе кожный покров приобретает желтовато-зеленую окраску, а при обтурирующих желчевыводящие пути опухолях - характерный землистый оттенок. При очень длительной механической желтухе кожный покров приобретает черновато-бронзовую окраску. При вирусных гепатитах цвет кожи желтый с шафрановым оттенком, меняется только его интенсивность (у данного же больного желтуха вообще не выражена). При надпеченочной желтухе, обусловленной желчекаменной болезнью, в начале заболевания появляются, характерные приступообразные боли по типу печеночной колики, иногда желтуха появляется на фоне острого холецистита. Боли же при гепатите носят постоянный, ноющий характер, или больной чувствует тяжесть в правом подреберье (как и данный больной). А вот при опухолях панкреатодуоденальной зоны желтуха появляется без предшествующих болевых ощущений, что затрудняет дифференциальную диагностику. Но при них выявляют положительный симптом Курвуазье, что для гепатитов не характерно и не выявляется у больного. Кожный зуд при механических желтухах выражен, при гепатитах он может быть только при явлениях холестаза, и не наблюдается у больного вовсе (как и у нашего больного). Печень при обтурационных желтухах чаще не увеличена, безболезненная и эластической консистенции. У данной больного она умеренно болезненна, плотноэластическая - что характерно для гепатита. В анализе крови отмечают увеличение СОЭ, лейкоцитоз (при остром холецистите в сочетании с холелитиазом). При гепатите у больного - лейкопения, СОЭ в норме. Никогда у больного механической желтухой при биохимическом исследовании не выявляется гипо- и диспротеинэмия, как это бывает при гепатитах, так как нарушается белковообразовательная функция печени . Трансаминазы повышены очень незначительно при механической желтухе, а вот активность щелочной фосфатазы увеличена в несколько раз, белково-осадочные пробы не изменены. При гепатитах и у больного наоборот. Решающими в дифференциальной диагностики этих заболеваний будут инструментальные методы (для подтверждения механической желтухи) и серологические (для подтверждения вирусного гепатита и его идентификации). Данные за поражение паренхимы печени и нахождение (РНК HCV пол ) позволяет отвергнуть механическую желтуху у данного больного.

Следует дифференцировать вирусный гепатит С от псевдотуберкулеза. Несмотря на ряд сходств в клинических проявлениях этих двух заболеваний (слабость, недомогание, повышение температуры, головная боль, пожелтение кожных покровов и боли в правом подреберье, снижение аппетита), все же нельзя не обратить внимание на сильные различия в этих заболеваниях. При псевдотуберкулезе температура обычно имеет высокие цифры, особенно в начале заболевания (до 39-40,0)и держится весь период заболевания с небольшим снижением, чего не наблюдается при вирусном гепатите С, когда температура достигает 37,5 или в норме. При псевдотуберкулезе желтуха достигает максимума в разгар болезни(10-12день) и затем быстро угасает. Язык так же обложен белым налетом, но первые 5 дней, а затем очищается и становится малиновым (чего не наблюдается у данного больного). И наконец, при псевдотуберкулезе возможно появление розеолезных и псевдопятнистых высыпаний. Всех этих клинических проявлений мы не отмечаем у нашего больного. Что касается лабораторной диагностики, то обращает на себя внимание лейкоцитоз, ускорение СОЭ, нейтрофилез, эозинофилия, которые являются характерной чертой псевдотуберкулеза (при вирусном гепатите эти показатели противоположны). И наконец, точку в этой дифференцировки может поставить выяснение эпид. анамнеза. Для псевдотуберкулеза характерно употребление в пищу не мытых овощей и сырой воды из открытых водоемов, что больной отрицает, а указывает на в/в введение наркотиков. Серологические исследования позволяют окончательно поставить точку в этой дифференцировке.

Подозрение на токсический гепатит подтверждает ряд симптомов. У больного пропадает или существенно снижается аппетит, появляется чувство горечи во рту, в правом подреберье отмечается тупая боль, которая может усиливаться после приема жирной или острой еды, а так же расстройство кишечника. Боль может носить как постоянный, так и приступообразный характер и отдавать в правой лопатке. Отмечается иктеричность глазных склер, желтизна кожных покровов (чего не наблюдается у нашего больного). При лабораторной диагностике заболевания можно выявить следующие показатели. Печень может быть умеренно увеличена, а при ее пальпации проявляются болезненные ощущения. Также может наблюдаться дискинезия желчного пузыря. Гипербилирубинемия за счет повышения не прямой фракции общего билирубина (противоположно нашему больному). Серологические методы исследования позволяют окончательно выставить правильный диагноз.

***ДНЕВНИК:***

**26.03.2012г. 10:00**

Жалобы на общую слабость, недомогание, тошноту, тяжесть в правом подреберье. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, температура 36.6, АД= 130/80,пульс 78 уд в мин, кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, сердцебиение ясное, тоны ритмичные. Слизистые влажные, розовые. Границы селезенки при перкуссии в норме, печень на 3 см ниже края реберной дуги. Живот правильной формы, мягкий. Болезненность в правом подреберье при пальпации. Стул и диурез в норме.

**27.03.2012г. 9:30**

Жалобы на недомогание, плохо спал ночью, общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, выражение лица обычное, температура 36.6, АД= 120/70,пульс 74 уд в мин, дыхание везикулярное, сердцебиение ясное, слизистые влажные розовые, язык розовый, влажный, не обложен. Живот правильной формы, мягкий, отмечается болезненность в правом подреберье. Стул и диурез в норме. В лечении отмечается положительная динамика.

**28.03.2012г. 10:15**

Самочувствие удовлетворительное, общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, выражение лица обычное, температура 36.6, АД= 120/70, пульс 70 уд в мин, дыхание везикулярное, сердцебиение ясное. Слизистые влажные розовые, язык розовый, влажный, не обложен. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

**Назначено:** продолжение лечения по выше назначенной схеме.

**ПРОГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Прогноз для жизни относительно благоприятный, так как уже есть морфологические изменения печеночной ткани, хотя и воспалительного характера, и процесс носит хронический характер. Учитывая возраст больного (37 лет), отсутствие у него сопутствующей патологии, удовлетворительные бытовые условия, можно предполагать, что при соблюдении диеты, своевременной и адекватной терапии, постоянном наблюдении врачей, процесс можно приостановить и добиться стойкой ремиссии. Но больной не адекватно ведет себя (злоупотребляет алкоголем, курит), что может привести к развитию в дальнейшем цирроза печени и первичного рака, быстрому прогрессированию осложнений. После клинического и морфологического выздоровления возможно полное восстановление работоспособности.

**Рекомендации:**

Больной должен **исключить вредные привычки** (употребление алкоголя, курение).

Необходимо **создание рационального режима труда и отдыха**. Физические и психоэмоциональные переутомления противопоказаны.

**Необходимо соблюдать диету:**

Рекомендуют супы из овощей, мясо не жирных сортов – говядина, птица (кроме гуся и утки), вареную или запеченную рыбу. Разрешается употреблять не жирный творог и сыр, почти все молочные и кисломолочные продукты. Сливочное и растительное масло показано в умеренных количествах. Допускается употребление 1-2 яиц в сутки, но не чаще чем 2-3 раза в неделю. Можно употреблять любые овощи и не кислые фрукты.

Из рациона исключают жирное мясо, все жареные блюда, острые, пряные и соленые закуски, бобовые, шпинат, щавель, кофе и какао.

Питание должно быть дробным, т.е. разделено на 4-5 приемов в сутки.

В целом рацион не ограничен по каллоражу и должен быть сбалансированным: содержать достаточное количество белков, жиров и углеводов, витаминов и микроэлементов.

**Не рекомендуются физиотерапевтическое лечение** затрагивающее область печени и бальнеотерапия.

**Необходимо постоянно наблюдаться у врачей, получать лечение, не пренебрегать своим здоровьем, своевременно обращаться за медицинской помощью в случае ухудшения состояния.**