**Паспортные сведения**

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст (дата рождения): 54 года (6.02.1958.)

Пол: мужской

Семейное положение: не женат

Проживает: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата настоящего заболевания: 5.11.2012г.

Дата обращения к врачу: 12.11.2012г.

Дата госпитализации: 12.11.2012г.

Дата начала курации: 21.2012г.

Диагноз при поступлении: Вирусный гепатит С

Диагноз клинический: Хронический вирусный гепатит С,умеренной биохимической активности, обострение

 **ЖАЛОБЫ**

На момент курации жалоб не предъявлял.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больным с 2002г., когда впервые появилась сильная тянущая боль в правом подреберье, слабость, потеря аппетита, рвота и повышение температуры. Машиной СМП был доставлен в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, где после проведенного обследования был поставлен диагноз Вирусный гепатит С. После этого неоднократно лечился в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, где и состоит на учёте.

5.11.12 пациент отмечает ухудшение самочувствия. Появилась тяжесть в правом подреберье. Отёки, рвоту, изжогу пациент отрицает. 11.11.12 боли в правом подреберье усилились. Обратился к участковому терапевту, откуда был направлен в ВОКИБ. Ухудшение самочувствия связывает с чрезмерным употреблением алкоголя 4.11.12.

**Эпидемический анамнез**

Контакта с больными гепатитом не отмечает. Однородных заболеваний в семье не выявлено. Операций и переливаний крови не было. В 2002 году в нестерильных условиях сделал себе татуировку.

**Anamnesis vitae**

Рос и развивался без отклонений, соответственно возрасту. В умственном и физическом развитии не отставал от сверстников.

Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, ангину, простудные.

Туберкулез, онкологические заболевания,сифилис у себя и родственников отрицает.

Аллергологический и наследственный анамнез не отягощен.

Операций и переливаний крови не было.

**Status praesens**

Общее состояние больного удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, рост – 177 см, масса тела – 70 кг. ИМТ-23. Температура тела – 36,6°С.

Кожные покровы бледно-розовые. Имеются сосудистые звёздочки в области груди. Тургор и эластичность в норме. Расчесов, шелушения, пролежней нет. Видимые слизистые и склеры глаз без изменений. Оволосение по мужскому типу.

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Отеков, подкожной эмфиземы нет. Периферические лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, над- и подчелюстные, локтевые, подмышечные, паховые) не увеличены, с кожей не спаяны.

Мышцы при пальпации безболезненны. Припухлости, атрофии нет. Конфигурация суставов, объем пассивных и активных движений не изменены. Отсутствуют боли в покое и при движении.

Система органов дыхания.

Число дыханий - 18 в мин., дыхание ритмичное. Одышки нет. Дыхание носовое свободное. Зев, миндалины, небные дужки без патологических изменений.

Грудная клетка обычной формы, при глубоком вдохе умеренно подвижна. Обе половины участвуют в дыхании равномерно. Лопатки и ключицы расположены симметрично. Грудная клетка при пальпации в межреберных промежутках, грудинно-реберных и грудинно-ключичных сочленениях безболезненна. Тонус мышц в норме, грудная клетка умеренно резистентна. Голосовое дрожание во всех участках легких проводится одинаково. При сравнительной перкуссии-ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия. Высота стояния верхушки справа и слева 3 см. Ширина полей Кренига 5 см. Границы легких в норме.

Аускультация: дыхание везикулярное. Хрипов нет. Крепитации, шума трения плевры, плевро-перикардиального шума – нет.

Система органов кровообращения.

Область сердца и сосудов не изменена. Сердечный горб и патологическая пульсация отсутствуют. Верхушечный и сердечный толчки визуально не определяются. Пульсация в эпигастральной области и в яремной ямке отсутствует.

При пальпации верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, средней силы. Сердечный толчок не определяется, симптом «кошачьего мурлыкания» отрицательный.

При перкуссии границы относительной и абсолютной тупости сердца

в норме.

Тоны сердца в норме, систолических, диастолических, перикардиальных шумов – нет.

ЧСС – 73 уд/мин. Ритм правильный.

Состояние периферических вен не изменено. Патологической пульсации нет. Сосудистая стенка эластична. Пульсация на периферических сосудах сохранена. Пульс – 73 уд/мин, одинаковый на обеих руках, удовлетворительных свойств. АД на обеих руках = 120/75мм.рт.ст. Варикозного расширения вен на нижних конечностях нет, покраснения кожи над венами, уплотнений, болезненности нет.

Система органов пищеварения.

Аппетит в норме.

Язык – влажный, не обложен. Язвы, трещины отсутствуют. Десны, мягкое и твердое нёбо розовой окраски, слизистая – без патологий. Миндалины без патологических изменений. Гиперемии, кровоизлияний, налета на глотке нет.

Живот круглый, симметричный, видимой перистальтики нет, выбухания нет. Поверхностная пальпация-живот мягкий, безболезненный. Напряжения мышц – нет, опухолевых образований и грыж не обнаружено. Расхождения мышц по белой линии живота – не выявлено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицатеьный.

При перкуссии свободная и осумкованная жидкость отсутствует.

Печень. При осмотре - выбухания в правом подреберье и эпигастральной области отсутствуют, расширения кожных вен отсутствуют.

Пальпация: нижний край печени закругленный, ровный, плотной консистенции. Выступает из-под края реберной дуги на 2см, умеренно болезненна. Размеры по Курлову: первый - 10см, второй -9см, косой - 8см. Симптом Ортнера и Френикус-симптом отрицательные.

Селезенка не пальпируется.

Мочеполовая система.

Мочеиспускание произвольное, безболезненное. Припухлости, отека в почечной области нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. При пальпация стоя, лежа, на правом боку, на левом боку почки не пальпируются. Болезненности по ходу мочеточников, в области мочевого пузыря нет.

Нервная система.

Судорог нет. Ригидность затылочных мышц, симптом Кернига. Отсутствуют. Скованности не отмечается. Параличей и парезов нет. Мышечная атрофия не выявлена.

Щитовидная железа не увеличена, консистенция эластичная, поверхность ровная.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

Учитывая историю заболевания (считает себя больным с 2002г., когда впервые появилась сильная тянущая боль в правом подреберье, слабость, потеря аппетита, рвота и повышение температуры. В \_\_\_\_\_\_\_\_\_ после проведенного обследования был поставлен диагноз Вирусный гепатит С. После этого неоднократно лечился в \_\_\_\_\_\_\_\_, где и состоит на учёте), жалобы пациента на ухудшение в \_\_\_\_\_\_\_\_. Ухудшение самочувствия связывает с чрезмерным употреблением алкоголя 4.11.12.; данные объективного исследования печени-выступает из-под края реберной дуги на 2см, умеренно болезненна, размеры по Курлову: первый - 10см, второй - 9см, косой - 8см можно предположить диагноз: Хронический вирусный гепатит С, обострение.

**План обследования**

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Биохимический анализ крови (АсАТ,АлАТ,ЩФ,билирубин);
4. ПЦР, ИФА(HbsAg, Anti Hcv);
5. УЗИ органов брюшной полости;
6. Кровь на RW;
7. ЭКГ;
8. Вич(код 113).

 **Результаты лабораторных и специальных методов исследования**

1.Общий анализ крови 12.11.12.

Гемоглобин 135 г/л;

Лейкоциты 5,9 х 109/л;

СОЭ 2 мм/ч;

Цветной показатель-0,96

Лейкоцитарная формула:

Палочкоядерные нейтрофилы 4, сегментоядерные нейтрофилы – 70, лимфоциты – 23, моноциты – 3.

*Заключение: показатели в пределах нормы.*

2.Общий анализ мочи 12.11.12;

Цвет: светло-желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Белок: нет;

Реакция: кислая;

Удельный вес: 1015;

Лейкоциты: 1-2 в поле зрения;

Эритроциты-единичные в поле зрения

Эпителий плоский: 0-1 в поле зрения;

Глюкоза: нет;

*Заключение: показатели в пределах нормы.*

3.Биохимический анализ крови 12.11.12;

Общий белок:65,6 г/л

Мочевина:5,42мм/л

Глюкоза:4,4 мм/л

Билирубин общ: 10,4мкм/л

Билирубин прямой: 1,4мкм/л

Тимоловая проба: 3,51ед.

АсАТ: 54Е/л

АлАТ:163Е/л

ЩФ: 140 Ед/л

*Заключение: наблюдается повышение АсАТ, АлАТ, ЩФ;*

4.Данные ПЦР и ИФА 13.11.2012г;

ПЦР-обнаружено РНК вируса гепатита С;

ИФА-обнаружено Аnti HCV; HbsAg не обнаружен;

5.УЗИ брюшной полости 13.11.12:

печень- размер левой доли 65мм(норм.до 60),ККР 105мм(норм. до100) правая доля КВР-160мм(норм.до150),контуры четкие, эхогенность не изменена, структура не изменена, очаговых образований нет.

*Заключение- незначительная гепатомегалия;*

6.Кровь на RW 12.11.12

-отрицательна;

7.Заключение ЭКГ 12.11.12

-ритм синусовый, ЧСС 75 уд. в мин., нормальная ЭОС;

 8.Антитела к ВИЧ- не обнаружены.

**Обоснование клинического диагноза**

Учитывая историю заболевания (считает себя больным с 2002г., когда впервые появилась сильная тянущая боль в правом подреберье, слабость, потеря аппетита, рвота и повышение температуры. В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ после проведенного обследования был поставлен диагноз Вирусный гепатит С. После этого неоднократно лечился в \_\_\_\_\_\_\_, где и состоит на учёте), жалобы пациента на ухудшение самочувствия 5.11.12. ,когда появилась тяжесть в правом подреберье. 11.11.12 боли в правом подреберье усилились. Ухудшение самочувствия связывает с чрезмерным употреблением алкоголя 4.11.12.; данные объективного исследования печени-выступает из-под края реберной дуги на 2см, умеренно болезненна, размеры по Курлову: первый - 10см, второй - 9см, косой - 8см ;на данные лабораторно-инструментальных методов исследования: УЗИ(печень- размер левой доли 65мм(норм.до 60),ККР 105мм(норм. до100) правая доля КВР-160мм(норм.до150),контуры четкие, эхогенность не изменена, структура не изменена, очаговых образований нет.Заключение- незначительная гепатомегалия), Биохимический анализ крови (увеличение АсАТ,АлАТ, ЩФ) выставлен клинический диагноз: *Хронический вирусный гепатит С, средней степени биохимической активности,обострение.*

**План лечения**

1.Палатный режим.

2.Диета: стол П (исключаются продукты, богатые азотистыми экстрактивными веществами, пуринами (крепкие мясные, рыбные, грибные бульоны), холестерином (желток яйца, субпродукты), щавелевой кислотой (какао, шоколад, крепкий чай, кофе), эфирными маслами (лук, чеснок, редька). Диета обогащается липотропными факторами, пищевыми волокнами.

Все блюда готовятся в вареном виде или на пару.

Режим питания: 5 раз в день.

3.Медикаментозная терапия:

Rp.: Caps.Essentiale 300,0

 D.S.по 2 капсулы 3 раза в сутки.

Rp.: Сaps.Ursocapsi 150,0

D.S. по 3 капсулы на ночь

**Дневники**

21.11.12г. Жалоб не предьявляет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Аппетит в норме. Кожные покровы обычной окраски, теплые на ощупь. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 73 в минуту, АД – 120/75 мм.рт.ст. Язык влажный, не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена, безболезненна при пальпации. Стул в норме. Продолжает назначенное лечение. Отмечается положительная динамика.

22.11.12г. Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Аппетит в норме. Кожные покровы обычной окраски, теплые на ощупь. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 82 в минуту, АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена, безболезненна при пальпации. Мочеиспускание не затруднено. Стул в норме.Продолжает назначенное лечение. Динамика положительная.

**Эпикриз**

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 54 года, поступил в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 12.11.2012 . Предъявлял жалобы на сильную боль в правом подреберье.

Данные объективного обследования печени - выступает из-под края реберной дуги на 2см, умеренно болезненна, размеры по Курлову: первый = 10см, второй = 9см, косой = 8см)

Данные дополнительного исследования:

ОАК: без патологических изменений.

ОАМ: без патологических изменений.

Биохимический анализ крови: повышение АсАТ, АлАТ,ЩФ.

Серологические данные (ПЦР-обнаружено РНК вируса гепатита С;

ИФА-обнаружено Аnti HCV).

УЗИ-гепатомегалия.

На основании полученных данных был выставлен клинический диагноз *Хронический вирусный гепатит С, средней степени биохимической активности,обострение.*

 В стационаре пациент получал лечение:

1-Эссенциале

2-Урсокапс

Лечение проводилось на фоне положительной динамики состояния больного.

Находится в стационаре, где продолжает лечение.

 После выписки из больницы подлежит диспансерному наблюдению в кабинете инфекционных заболеваний в поликлинике по месту жительства, рекомендовано соблюдение диеты с исключением алкоголя, острого, жирного, жаренного.