#### МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ им. И. М. СЕЧЕНОВА

##### Кафедра внутренних болезней №2 лечебного факультета.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.**

Преподаватель:

Исполнитель:

Москва 2008 г.

**Паспортные сведения.**

Ф.И.О. больного:

Год рождения, возраст: 1978 г.р., 24 года

Место жительства: г. Одинцово

Профессия: менеджер

Дата поступления в клинику: 01.04.2002 г.

Диагноз направившего лечебного учреждения: Хронический гепатит С, G, B.

**Жалобы больного.**

При поступлении жалобы на:

* Слабость, повышенную утомляемость;
* Потливость;

К моменту курации жалобы без существенной динамики.

**Анамнез заболевания.**

Употреблял внутривенно героин с 18 лет. В 1999 году был выявлен HbsAg в крови больного и АТ к вирусу гепатита В. К врачам больной не обращался и лечения не получал. В начале 2000 года методом ПЦР была обнаружена репликация HBV и HCV и АТ к HCV; была произведена диагностическая пункция печени, которая показала картину хронического гепатита с лимфогистиоцитарной инфильтрацией портальных трактов, их деформацией и склерозом, а также очаговым некрозом гепатоцитов; отмечалось 2х повышение уровня трансаминаз. В декабре 2000 года получал курс гепатопротекторов. В январе 2001 года был определен генотип HCV – 1с титр 1: 1000, выявлен HGV, HbsAg, АТ к HBV и HCV. С 6.02.2001 по 26.02.2001 прохолил курс лечения в ГТК (АСТ 58, АЛТ 119) веллфероном по 3 млн в/м з раза в неделю, но терапию не закончил, продолжал употреблять в/в героин. В последующем не обследовался и к врачам не обращался. Ухудшение самочувствия с января 2002 года. 21.03.2002 года ПЦР исследование обнаружило РНК HCV 4+ 1:1000, РНК HGV 5+ 1:10000, HbsAg +. Поступил в ГТК 1.04.2002 для лечения.

**Анамнез жизни.**

Операций в течение жизни не было, к стоматологу в последний год не обращался.

Употребляет внутривенно героин с 18 лет, в настоящее время употребление отрицает.

Наследственность : мать больного страдает гипертонической болезнью, отец – хроническим гастритом.

Аллергологический анамнез: аллергические реакций на лек. в-ва отрицает.

**Физикальное обследование больного.**

Общее состояние больного удовлетворительное, положение активное, выражение лица без болезненных проявлений, телосложение гиперстеническое, степень упитанности повышена.Температура тела 36,6 0С, рост 175 см, вес 80 кг.

Кожные покровы и слизистые нормальной окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита по женскому типу, отёков нет. Прощупываются мелкие, около 2мм, подчелюстные лимфатические узлы – единичные, подвижные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, безболезненные. Общее развитие мышечной системы – хорошее. При исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей деформации, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается. При осмотре суставы нормальной конфигурации, безболезненные. Система дыхания. Жалоб нет. Дыхание через нос свободное. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Частота - 18 в минуту. Ритм дыхания правильный. При перкуссии звук ясный лёгочный, границы лёгких в норме, при аускультации – везикулярное дыхание. Система кровообращения. Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в пятом межреберье по среднеключичной линии, границы относительной тупости сердца в норме. Аускультация сердца: тоны сердца ясные, отмечается акцент второго тона над лёгочной артерией, шумов нет, ЧСС 70 уд/мин, ритм правильный. А/Д 120/80. Система пищеварения. Аппетит средний, отвращений к пище нет, динамики веса нет. Стул регулярный, оформленный, нормальной окраски. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба нормальной окраски; язык нормальной величины и формы, влажный, обложен белесоватым налётом. Живот нормальной формы, симметричный, коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. При перкуссии живота определяется тимпанит различной степени выраженности. Перкуторные границы печени в норме. Селезенка не пальпируется. Печень пальпируется на 1 см ниже рёберной дуги, край острый, гладкий, безболезненный. Болезненность в точках поджелудочной железы отсутствует.

Система мочевыделения. Жалоб нет. Симптом поколачивания (симптом Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон. Эндокринная система. Экзофтальма нет, щитовидная железа не пальпируется. Нервно-психический статус. Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Сон глубокий, ровный, продолжительностью 7-8 часов; засыпает быстро, ночью храпит; самочувствие после пробуждения хорошее. Речь нормальная.

**Предварительный диагноз.**

У данного больного предварительный диагноз – хронический неактивный вирусный гепатит лёгкого течения вне обострения – возможно предположить только на основании данных анамнеза заболевания, т.к. жалобы больного неспецифичны, а при физикальном обследовании не выявлено значительных отклонений от нормы (печень пальпируется +1см от рёберной дуги и распределение подкожного жира по женскому типу (повышение уровня эстрогенов?) – возможно как результат хронического воспаления печёночной ткани). Исходя из анамнеза частых внутривенных инъекций, и данных нескольких лабораторных исследований (обнаружение АГ вирусов гепатитов В, С, G, а также результат исследования пунктата печени – картина хронического воспаления) за последние годы, можно предположить наличие у больного хронического микст-вирусного гепатита, вызванного С, В и G вирусами гепатита, вне обострения, лёгкого течения.

**План обследования.**

1. Общий анализ крови и мочи (возможны лейкоцитоз, изменение лейкоцитарной формулы, повышение уробилина в моче).
2. Биохимический анализ крови (белки острой фазы, увеличение печёночных ферментов АЛТ, АСТ, Г-ГТ, ЩФ, билирубина, снижение холестерина, холинэстеразы, протромбина).
3. Общий анализ кала.
4. Вирусологическое исследование крови на ВИЧ, HCV, HBV, HGV.
5. УЗИ органов брюшной полости (изменение печёночной ткани, желчных протоков).

**Данные лабораторно-инструментального обследования.**

Общий анализ крови.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 18.03.2002 | 09.04.2002 |
| WBC | 7.13\*109/l | 6.3\*109/l |
| RBC | 4.8\*1012/l | 5.017\*1012/l |
| HGB | 157 g/l | 162 g/l |
| HCT | 46.09 % | 48.51% |
| PLT | 270\*109/l | 235\*109/l |

Отмечается незначительный эритроцитоз, увеличение гемоглобина и некоторое сгущение крови, все это возможно является компенсаторной реакцией на респираторную гипоксию(?).

Ней – 58, б – 0.5, э – 0.5, л – 33, м – 8, цв. 0,98. СОЭ 10 мм/ч.

СРБ « - ».

Биохимический анализ крови.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 18.03.2002 | 09.04.2002 | норма |
| Щелочнаяфосфатаза | 119 | 117 | 98 – 279 |
| ***Г-ГТ*** | 135 | 70.7 | 7 – 49 |
| АСТ | 38 | 16,5 | 0 – 40 |
| АЛТ | 117 | 58,5 | 0 – 40 |
| Хол-эстер. | 9497 |  | 5600 – 12900 |
| общ. белок | 8 | 7,9 |  6 – 8 |
| глюкоза | 128 | 87 | 80 – 120 |
| общий билирубин | 0.9 | 0,7 | 0.1 – 1 |
| Прямой билирубин | 0.4 | 0,2 | 0.0 – 0.3 |
| Железо |  | 159 мкг/дл | 40 - 170 |
| ТАГ |  | 72 мг/дл | 50 - 150 |
| Общий холестерин |  | 195 мг/дл | 150 - 250 |

Общий анализ мочи.

|  |  |
| --- | --- |
| Кол-во | 110 |
| Цвет | Соломенный |
| РН | 7.0 |
| Удельный вес | 1022 |
| Прозрачность | Неполная |
| Белок | - |
| Сахар | - |
| Ацетон | - |
| Желчные пигменты | - |
| Уробилин | N |
| Эпителиальные клетки плоские | Плоские, немного |
| Лейкоциты | Нет |
| Эритроциты | Нет |
| Слизь | Немного |
| Бактерии | Нет |

Общий анализ кала.

Цвет – коричневый, оформленный, слизь - , бензидиновая р-ция -, мышечные волокна ++, соед.ткань -, нейтр.жир +/-, жир. Кислоты -, мыла ++, крахмал -, лейкоциты -, эритроциты -.

РНК HCV 4+ 1:1000, РНК HGV 5+ 1:10000, HbsAg +.

Эти данные убедительно доказывают поливирусную природу поражения печени, о вовлечении в процесс которой свидетельствует синдром цитолиза (увеличение уровня АЛТ и ГГТ).

**Клинический заключительный диагноз.**

Основное заболевание: Хронический вирусный (HBV, HCV, и HGV) неактивный гепатит лёгкого течения, вне обострения.

Сопутствующее заболевание: Героиновая наркомания.

**Лечение.**

Больному показан режим с ограничением тяжёлых физических нагрузок, необходимо назначить диету с ограниченным содержанием белка.

Лекарственная терапия.

1. Противовирусная терапия – веллферон по 2 ампулы 3 раза в неделю в течении 6 – 9 месяцев в комбинации с ламивудином по 150 мг 2 раза в сутки.
2. Для очищения кишечника от белковых продуктов обмена и восстановления микрофлоры – лактулоза.
3. Поливитамины.

**Прогноз заболевания.**

У данного больного, учитывая его возраст, отсутствие сопутствующих заболеваний, недолгий анамнез течения заболевания, а также незначительное патологическое изменение печеночной ткани, полная элиминация вируса возможна, но учитывая поливирусную природу (HCV, HBV, HGV), маловероятна. Лечение может значительно снизить темпы патологических изменений в печени и других органах.

***СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.***

1. Руководство по медицине. Р. Беркоу, Э.Дж. Флетчер, 2 тома, Москва, «Мир», 1998 г.
2. Терапевтический справочник, Ч. Кэри, Х. Ли, К. Велтье (ред.), Москва, «Практика», 2000 г.
3. Внутренние болезни, Маколкин , Москва, «Медицина», 2000 г.