## Жалобы:на тяжесть в правом подреберье,увеличивающуюся после физической нагрузке; на отеки нижних конечностей,особенно в утренние часы; на увеличение живота.

# ANAMNESIS MORBI

## Считает себя больным с сентября 1993 года, когда впервые на фоне повышения температуры тела появились слабость, тошнота, рвота. Через несколько дней стал отмечать желтушность кожрых покровов, появились ноющие интенсивные боли в правом подреберье, не связанные с приемом пищи. В связи с этим обратился к участковому терапевту. После его осмотра больной был направлен в инфекционную больницу им.Боткина, где после обследования был поставлен диагноз: “Острый вирусный гепатит типа С”. Проводилось медикаментозное лечение, после которого самочувствие больного улучшилось: перестали беспокоить боли в правом подреберье, тошнота, рвота, исчезла желтушность кожи и слизистых. Ухудшения самочувствия не было до ноября 1995 года. С этого времени больной стал жаловаться на переодические ноющие боли в правом подреберье, возникающие после физической нагрузки и после приема жирной, жаренной пищи, проходящие в покое, на тяжесть в правом подреберье, на тошноту, на слабость; стал отмечать нарастающие отеки нижних конечностей и живота, увеличивающуюся желтушность кожи, нарушение стула ( стул участился, стал кашицеобразным и светлым ). В связи с этим обратился к участковому терапевту, после обследования был направлен в больницу им. Петра Великого. В больнице находился с 6 по 29 декабря 1995 года. За время прибывания были произведены обследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, ЭКГ, скенирование печени, фиброэзофагогастродуоденоскопия, УЗИ органов брюшной полости. При этом было выявлено гипертрофия левого желудочка, умеренные диффузные изменения печени, гастродуоденит, хиотальная грыжа. Был поставлен диагноз: “Макроузловой цирроз умеренноактивный субкомпенсированный с начальными явлениями портальной гипертензии. Гастродуоденит. Хиотальная грыжа.”Проводилось лечение: эссенциале, эуффилином, мезим-форте, метацином. После чего самочувствие больного улучшилось: перестали беспокоить боли и тяжесть в правом подреберье, прошли отеки, нормализовался стул. Последнее ухудшение самочувствия началось с начала января 1996 года. Больной стал жаловаться на постоянные интенсивные боли в правом подреберье, усиливающиеся после физической нагрузки и приеме тяжелой пищи, на тяжесть в правом подреберье, на слабость, на отеки нижних конечностей, на увеличение живота. После чего обратился к лечащаму врачу, и им был направлен в больницу им. Петра Великого в плановом порядке.За время пребывания в стационаре проводились исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, исследование дневного колебания сахара, анализ мочи, анализ кала, ЭКГ, фиброэзофагогастродуоденоскопия, УЗИ органов брюшной полости. Было выявлено увеличение СОЭ, повышение уровня сахара крови, гипертрофия левого желудочка, варикозное расширение вен пищевода, диффузные изменения печени, увеличение портальной вены и селезенки. Был поставлен диагноз: узловой цирроз печени, активный, декомпенсированный с явлениями портальной гипертензии, асцит. Проводилось медикаментозное лечение: препаратами компенсирующими функцию печени и препаратами направленными на борьбу с асцитом.Самочувствие больного улучшилось:перестали беспокоить боли и тяжесть в правом подреберье, слабость, уменьшился отек конечностей и живота.

# ANAMNESIS VITAE

## Родился в 1948 году в городе Ленинграде в семье рабочих 2-м ребенком. Физически и интелектуально развивался нормально, от сверстников не отставал. С 7-ми лет пошел в школу. Учился удовлетворительно. По окончании школы учился в техникуме. После окончания которого служил в армии. После службы работает по специаль- ности слесарь. Материально обеспечен, проживает в однокомнатной квартире с семьей из 2-х человек. Питание регулярное-4 раза в день,придерживается диеты с ограничением жиров, углеводов, солей.

# ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Перенес все детские инфекции. В сентябре 1993 года перенес острый вирусный гепатит типа С.

# НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

## Два сына и ближайшие родственники здоровы. Причина смерти отца-рак печени, матери старость.

# СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

## Женат, имеет 2-х взрослых сыновей.

# ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

## Курит с 18-ти лет. Алкоголь употребляет умеренно. Наркотики не употребляет.

# АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Перенес вирусный гепатит типа С. Венерические заболевания, малярию,тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечился, инъекции производились, за пре- делы города не выезжал и контакта с инфекционными больными не имел. Стул светлый, не регулярный-несколько раз в день,не оформленный,без примесей.

# СТРАХОВОЙ АНАМНЕЗ

## Последний больничный лист с 31 января 1996 года.

# STATUS PRAESENS OBJECTIVUS

# ОБЩИЙ ОСМОТР

## Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенического типа телосложения, умеренного питания. Внешний вид соответствует возрасту. Кожные покровы субиктеричные, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Дермагрофизм белый нестойкий. Выявляются отеки на нижних конечностях, рыхлые, кожа над ними теплая; асцит. Выявляются телеангиоэктазии, расположенные на груди и лице; паль- марная эритема. Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворителльно, толщина складки на уровне пупка 1,5 см. Волосянной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые.

## Слизистые глаз розовая, влажная, чистые. Склеры субиктеричные. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалены не выходят за приделы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

## Пальпируются подчелюстные и подбародочные лимфоузлы овальной формы, размерами 1 на 0,5 см, эластической консистенции, с подлежащими тканями не спаяны, безболезненные.

## Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезнен- ные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен. Рост 168 см, вес 70 кг.

# СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Верхушечный толчок визуально не определяется.

# Пальпация

## Пульс симметричный, частотой 80 ударов в минуту, ритмичный, твердый и полный, по величине большой. Верхушечный толчок не пальпирует- ся.

# Перкуссия

## Границы относительной сердечной тупости:Правая-в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудиныВерхняя-на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistraeЛевая-в 5-м межреберье на среднеключичной линии

## Границы абсолютной сердечной тупости:Правая-по левому краю грудиныВерхняя-на уровне 4-го ребраЛевая-на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

## Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях

# Аускультация

## Тоны сердца ритмичные, глухие, не звучные. Акцент 2-го тона над аортой.

## Артериальное давление 130/80 мм рт. ст.

# ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания- брюшной. Частота дыхательных движений 20 в минуту.Форма грудной клетки правильная, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково учавствуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промеутки прослеживаются.

# Пальпация

## Грудная клетка регидная, безболезненная. Голосовое дрожание сим- метричное, не изменено.

# Перкуссия

## Топографическая перкуссия.

## Нижние границы правого легкого:по l. parasternalis- верхний край 6-го ребрапо l. medioclavicularis- нижний край 6-го ребрапо l. axillaris anterior- 7 ребропо l. axillaris media- 8 ребропо l. axillaris posterior- 9 ребропо l. scapuiaris- 10 ребропо l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Нижние границы левого легкого:по l. parasternalis- -------по l. medioclavicularis- -------по l. axillaris anterior- 7 ребропо l. axillaris media- 9 ребропо l. axillaris posterior- 9 ребропо l. scapuiaris- 10 ребропо l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Верхние границы легких: Спереди на 3 см выше ключицы.Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

## Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии:на вдохе 4 смна выдохе 4 см

## Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии:на вдохе 4 смна выдохе 4 см

## Сравнительная перкуссия:

## Над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук.

# Аускультация

## Над всеми аускультативными точками выслушивается жесткое дыхание. На передней поверхности легких выслушиваются сухие хрипы.

# ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Живот увеличен в объеме, распластан в положении лежа, симметрич-ный, не участвует в акте дыхания пупок втянут.

# Пальпация

## Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный.Выявляется симптом флюктуации. Определяется уровень жидкости.

## Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная.Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

## Нижний край печени острый, неровный, плотный, безболезненный, выходит из под края реберной дуги на 3 см; Поверхность печени бугристая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус- отрицательные. Селезенка пальпируется.

# Перкуссия

## Размеры печени по Курлову: по правой седнеключичной линии 13 см, по передней срединной линии 12 см, по левой реберной дуге 7 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеоксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 12 ребре.

# МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

## В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не паль-пируются. Симптом покалачивания по поясничной области отрицательный.

# ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БОЛЬНОМ

## Ведущими симптомами у больного являются отеки на нижних конечностях, наличие свободной жидкости в брюшной полости (асцит) и тяжесть в правом подреберье, увеличивающаяся после физической нагрузки. При поступлении одним из ведущих симптомов являлись постоянные интенсивные ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после физической нагрузки и приеме жирной и жареной пищи, и слабость. Из анамнеза заболевания обращает на себя внимание перенесенный острый вирусный гепатит типа С в сентябре 1993 года, и лечение больного в декабре 1995 года в больнице Петра Великого по поводу жалоб на переодические ноющие боли в правом подреберье, возникающие после физической нагрузки и после приема тяжелой пищи, проходящие в покое, на тяжесть в правом подреберье, на тошноту, слабость, на нарастающие отеки нижних конечностей и живота, на нарушение стула. Из объективных данных интерес представляет выявление субиктеричности кожных покровов, отеков нижних конечностей, увеличение живота за счет накопления жидкости, телеангиоэктазий, расположенных на груди и лице, пальмарной эритемы (слабовыраженной), субиктеричности склер.Особый интерес представляет увеличение левой границы сердечной тупости (относительная-в пятом межреберье на среднеключичной линии), наличие твердого и полного пульса,выявление глухих тонов сердца, акцента второго тона над аортой, незначительное повышение артериального давления (130/80 мм рт. ст.); и при обследовании пищеварительной системы выявление наличия свободной жидкости брюшной полости, острого, неровного, плотного безболезненного края печени, выходящего на 3 см из под края реберной дуги, бугристой поверхности печени, незначительного увеличения размеров печени по Курлову (13 на 12 на 7 см, в основном за счет правой доли), увеличение селезенки. Нужно выделить еще умеренную алкогольную интоксикацию. Этот комплекс симтомов позволяет связать отеки нижних конечностей и асцит с двумя состояниями: патологией печени, а в частности с циррозом печени, либо с сердечной недостаточностью. Но характерный болевой синдром, анамнез и данные объективного обследования дают больше плюсов за наличие у больного цирроза печени, при чем быстрота развития (с 1993) указывает на активный цирроз, а наличие асцита - на цирроз с явлениями портальной гипертензии. Поэтому предварительный диагноз будет звучать: “Узловой цирроз печени, активный, с явлениями портальной гипертензии. Асцит.”. Для оказания первой помощи больному необходимо терапия направленная на борьбу с отеками, т.е. назначаем бессолевую диету и фуросемит по 80 мг в сутки с панангином по 1 драже 3 раза в день (для профилактики гипокалиэмии). Но нужна дифференциация цирроза с сердечной недостаточ-ностью, а это нуждается в проведении лабораторно-инструментальных исследований.

# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

## Лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови. Назначаем для выявления эритропении, лейкопении, тромбоцитопении (т.е. признаков гиперскленизма), и/или выявления признаков хронического воспаления (повышение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево).
2. Биохимический анализ крови. В нем нас интересуют показатели количество общего белка, белковых фракций, показатели белковых осадочных проб, активности аминотрансферраз (они могут быть повышены). Так как есть субиктеричность кожи обязателен показатель билирубина.
3. Анализ мочи. Так как мы подозреваем патологию печени в моче могут быть желчные пигменты и уробилин.
4. Анализ кала. Мы подозреваем цирроз печени и портальную гипертензию, поэтому может быть варикозное расширение вен прямой кишки и пищевода. Исходя из этого желательно проведение реакции на скрытую кровь (реакция Грегерсена).

## Инструментальные исследования:

1. ЭКГ. Назначаем так как при физикальном исследовании выявили гипертрофию левого желудочка и для подтверждения сердечной недостаточности.
2. УЗИ органов брюшной полости. Информативно - дает данные о состоянии печени, портальной вены, селезенки и других органов брюшной полости.
3. Сканирование печени. Мы ожидаем увидеть подтверждение цирроза печени - диффузные изменения в печени и накопление РФП в селезенки.
4. Фиброэзофагогастродуоденоскопия. При этом исследовании ожидаем получение данных в подтверждение варикозного расширения вен пищевода (симптом портальной гипертензии).
5. Ректороманоскопия. Интересуют наличие варикозно-расширенных вен прямой кишки (также симптом портальной гипертензии).
6. Биопсия печени. Она даст точный ответ о наличии морфологических изменений печеночной ткани, характерных для цирроза печени

# РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

## Результаты лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови.
Эритроциты- 4,31х10^12/л
Hb- 140 г/л
Цвет. показатель- 0,98
Лейкоциты- 6х10^9/л
 палочкоядерные- 7%
 сегментоядерные- 55%
 Лимфоцитов- 29%
 Моноцитов- 9%
CОЭ- 13 мм/ч
2. Биохимический анализ крови.
Общ. белок 76 г/л
Тимоловая прба 10 ВСЕ
АСТ 0,46 ммоль/л
АЛТ 0,66 ммоль/л
@ амилаза 19 г/л/ч
Билирубин общ. 17 мкмоль/л
Сахар 7,3 ммоль/л
Мочевина 8,3 ммоль/л
3. Анализ мочи.
Цвет темно-желтый Белок 0,033 г/л
Прозрачность Слег. мутная Сахар 0
Реакция кислая Уробилин (-)
Уд. вес 1,026 Желч. пигменты (-)
Лейкоциты 3-5 в поле зрения
Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения
Эпителий поский 1-4 в поле зрения
Кристалы: оксалатов небольшое количество
4. Исследование кала.
Реакция на скрытую кровь ( р-ция Грегерсена ) отрицательная
Яйца глистов не обнаружены

## Результаты инструментальных исследований:

1. ЭКГ. Заключение: Ритм синусовый. Частичная внутри-
RR- 90” желудочковая блокада. Гипертрофия левого же-
RQ- 0,14” лудочка с нарушением питания миокарда в облас-
QRS- 0,08” ти нижней стенки.
QT- 0,36”
Частота 67 в мин.
2. УЗИ органов брюшной полости.
Печень: Контур неровный. Умеренное увеличение левой доли (70 мм) и правой доли (130х122 мм). Эхоструктура однородная, узловая. Эхогенность повышена. Сосудисто-билиарная сеть расширина.
Воротная вена: 11 мм. Холедох расширен.
Желчный пузырь: форма N, размеры N. Стенки не изменены.
Поджелудочная железа: 29х12х15 мм.Эхогенность нормальная.
Селезенка: 112х53 мм, структура однородная. Селезеночная вена 11 мм.
Правая почка: Контур ровный, 95х45 мм, лоханочная система без изменений.
Левая почка: Контур ровный, 112х48 мм, лоханочная система без изменений.
Заключение: Диффузные изменения печени и признаки портальной гипертензии.
3. Сканирование печени.
Заключение: Увеличение печени и селезенки. Проявления портальной гипертензии.
4. Фиброэзофагогастродуоденоскопия.
Заключение: выявляются варикознорасширенные вены верхней трети пищевода.
5. Ректороманоскопия.
Заключение: варикозные вены прямой кишки.

# КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

## Учитывая жалобы больного: на постоянные ноющие интенсивные боли в правом подреберье, усиливающиеся после физической нагрузки и приеме жирной и жаренной пищи, на тяжесть в правом подреберье, на отеки нижних конечностей ( особенно в утренние часы ), на увеличение живота, на сла- бость; учитывая свединия из истории заболевания: перенесенный в сентябре 1993 года острый вирусный гепатит типа С, и лечение больного в декабре 1995 года в больницы Петра Великого по поводу жалоб на периодические ноющие боли вправом подреберье, возникающие после физической нагрузки и приеме жирной и жаренной пищи, проходящие в покое, на тяжесть в правом подреберье, на нарастающие отеки нижних конечностей и живота, на тошноту, на увеличивающуюся желтушность кожи, на нарушение стула; учиты- вая умеренную алкогольную интоксикацию больного; особо обращая внимание на данные объективного обследования: выявление у больного при общем осмотре субиктеричности кожных покровов и склер, телеангиоэктазий в об- ласти груди и лица, пальмарной эритемы, отеков на нижних конечностях и живота, при исследовании пищеварительной системы обнаружение асцита, острого, неровного, плотного, безболезненного края печени, выходящего из под края реберной дуги на 3 см, бугристой поверхности печени, пальпируемой селезенки, увеличения размеров печени по Курлову ( 13х12х7см ), увеличение размеров селезенки; и на данные лабораторно-инструментальных исследований: на умеренное увеличение СОЭ, на выявление диффузных изменений печени и признаков портальной гипертензии при УЗИ органов брюшной полости и сканировании печени, на варикознорасширенные вены верхней трети пищевода и прямой кишки при проведении фиброэзофагогастродуоденоскопии и ректороманоско-пии- позволяет нам с определенной точностью сказать, что у больного крупноузловой цирроз печени с явлениями портальной гипертензии. А быстрота развития процесса ( 2 года ), непродолжительный период между обострениями, развитие крупноузлового цирроза и явные признаки порталь- ной гипертензии определяют, что цирроз печени активный, декомпенсирванный.

## Клинический диагноз: Крупноузловой цирроз печени, активный, де- компенсированный с явлениями портальной гипертензии. Асцит.

# ЛЕЧЕНИЕ

## Лечение заболевания.

1. Назначение диеты. На этом этапе нужно уменьшение количества белка, ограничение жиров до 60 г, ограничение углеводов- не более 200 г, об- щая энергитическая ценность- не более 72, максимум 81,6 Мдж, обязательны поливитамины ивключение в рацион кисломолочных продуктов. Для борьбы с отеками важно чтобы пища содержала как можно меньше солей (особенно солей Na). Диета должна быть механически и химически щадя- щей; механически, потому что опасно кровотечение из варикозных вен, а химически, потому что переваривание нарушено.
2. Назначение препаратов компенсирующих функцию печени:
а)Гепатопротекторов
 1)Легалон. Механизм действия: обладает гепатопротекторным дейст- вием, объясняющееся антиоксидантной активностью (торможение перикис- ного окисления липидов), стимуляцией синтеза белка, нормолизацией об- мена фосфолипидов. Показания: острые и хронические гепатиты, цирроз печени. Побочное действие: послобляющее.
Rp.: Dragee “Legalon-70” N 100
 D.S. По 1 драже 3 раза в день.
 2)Лив-52. Механизм действия: улучшает функцию печени, повыщает аппетит, улучшает пищеварение, способствует отхождению газов из ки- шечника. Показания: хронические заболевания печени. Побочные дейст- вия: диспепсические явления, эпидермальный некролиз.
Rp.: Tab. “Liv-52” N 50
 D.S. По 2 таблетки 4 раза в день.
б)Средств, регулирующих метаболические процессы
 Эссенциале. Механизм действия: уменьшает желтуху, улчшает функцию печени, течение ферментативных процессов, биохимические показатели (повышает активность аминотрансфераз), микроциркуляцию. Показания: хронические гепатиты, дистрофии и циррозы печени, поражения печени, связанные с диабетом, алкоголизмом и др.
Rp.: “Essentiale” in caps. N 50
 D.S. По 2 капсулы 3 раза в день.
3. Назначение витаминотерапии. Лечение симптоматическое или назначение поливитаминов.
4. Назначение препаратов, падовляющих патогенетические механизмы- глю- кокортикоидов (преднизолон), цитостатиков. Или применение гемосорбции, плазмоферреза и других подобных методов. Это лечение применяется при активных формах.
5. Назначение препаратов, направленных на борьбу с асцитом.
Диуретиков
 а)Препаратом выбора является Спиронолактон. Механизм действия: диуритический эффект связан с антогонизмом по отношению к гормону коры надпочечников - альдостерону (альдостерон задерживает в организме электролиты, в частности натрий, а вследствие этого и воду). Показания: отеки при сердечной недостаточности, при асцитах в связи с циррозом печени, при нефротическом синдроме. Противопоказания: острая почечная недостаточность, нефротическая стадия нефрита, азотемия. Побочные действия: тошнота, сонливость, атаксия, кожная сыпь.
Rp.: Tab. Spironolactoni 0,025
 D.t.d.N. 40
 S. По 1 таблетке 3 раза в день.
 б)Возможно дополнение терапии спиранолоктоном другими диурети-ками. Например фуросемидом с препаратами калия.

## Лечение больного.

1. Назначаем соответствующую диету, но так как в биохимическом анализе крови видим повышение уровня сахара, то лучше всего назначить диету №9
2. Назначаем эссенциале.
Rp.: “Essenciale-70” N 100 in caps.
 D.S. По 2 капсулы 3 раза в день.
3. Назначаем спиронолоктон.
Rp.: Tab. Spironolаctoni 0,025
 D.t.d.N. 40
 S. По 1 таблетки 3 раза в день.

# ПРОГНОЗ

## Прогноз для жизни относительно неблагоприятный, так как уже есть морфологические изменения печеночной ткани. Если процесс будет прогрессировать, функция печени окончательно нарушится, а это опасно развитием осложнений цирроза печени (кровотечения, печеночная кома). Поэтому и полного восстановления трудоспособности не может быть. Полное выздоровление невозможно.

# ПРОФИЛАКТИКА

## Профилактика только не специфическая - соблюдение диеты, своевре-менный прием препаратов, предохранение от токсических воздействий.

# ЭПИКРИЗ

## Больной поступил в клинику 31 января 1996 года с жалобами на постоянные ноющие интенсивные боли в правом подреберье, усиливающиеся после физической нагрузки и приеме тяжелой пищи, на тяжесть в правом подреберье, на отеки нижних конечностей и живота, на слабость. За время прибывания в клинике больной был обследован и ему произвели следующие лабораторно-инструментальные исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, анализ кала, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, сканирование печени, ФГДС, ректороманоскопия, при этом выявлено: желтушность кожных покровов, телеангиоэктазия на груди и лице, пальмарная эритема, увеличение размеров печени, её острый, неровный, плотный край, выступающий из под края реберной дуги на 3 см, её бугристая поверхность, увеличение селезенки, гипертрофия левого желудочка, диффузные изменения печени с явлениями портальной гипертензии на УЗИ и сканировании, варикознорасширенные вены пищевода и прямой кишки, что позволило поставить диагноз: “Крупноузловой цирроз печени, активный, декомпенсированный с явлениями портальной гипертензии. Асцит.” Проводилось медикаментозное лечение (эссенциале, спиронолактон, фуросемид). Самочувствие больного улучшилось: перестали беспокоить боли, стали уменьшаться отеки. В дальнейшем больному показана поддерживающая терапия эссенциале и спиронолактоном. Возможно обращение во ВТЭК для оформления инвалидности.

##