Паспортная часть.

Ф.И.О.

Возраст: 42 года

Пол: мужской

Профессия:

Адрес:

Дата поступления в клинику:

Дата курации:

## Жалобы

Жалобы на момент курации: нет.

Жалобы на момент поступления***:*** на периодически тянущие тупые боли вправом подреберье, возникающие не зависимо от приема пищи, дня и ночи, проходящие самостоятельно. На тошноту, частый стул (до 5 раз в сутки), снижение аппетита, общую слабость, снижение трудоспособности.

### История настоящего заболевания

Считает себя больным с декабря 1995 года, когда впервые перенес острый гепатит В. По поводу которого лечился в ИКБ №1. В последующие годы стал отмечать за собой снижение аппетита, слабость. Через полгода стали появляться незначительные боли в правом подреберье. Больной ничего не принимал, боли проходили самостоятельно. Последующее время чувствовал себя хорошо. 23 октября 2001 года, боли приняли более интенсивный характер, появилась тошнота, была однократная рвота, частый не оформленный стул (до 3-4 раз в сутки). Утром обратился в поликлинику по месту жительства. Где были сделаны: осмотр, анализы крови, мочи, УЗИ. Выявлено увеличение печени, умеренное окрашивание кожи в желтый цвет, повышение уровня гаммаглутаминпептидазы. В плановом порядке больной был госпитализирован в Медсанчасть №1 в гастроэнтерологическое отделение, с предварительным диагнозом обострение хр. гепатита.

### История жизни

Родился в 1959 году в городе Москве, единственным ребенком в семье. В школу пошел в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал, после окончания 8 классов средней школы работал на заводе грузчиком. С 1972 года по 1993 работал грузчиком в магазине, затем работал сентехником.

Семейный анамнез: женат с 1973 года, имеет сына 22 лет.

Наследственность: Отец и мать умерли от инсульта (страдали гипертонической болезнью).

Профессиональный анамнез: трудовую деятельность начал в 15 лет. Рабочий день был всегда нормирован, работа всегда была связана с тяжелой физической нагрузкой, плохими условиями труда (холод, сырость, сквозняки) Последнее место работы сантехник на водоканале. Отпуск предоставлялся ежегодно, как правило, в летнее время.

Бытовой анамнез: проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечен относительно удовлетворительно. Питается 3 раза в день не регулярно.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит в 1995 году. Брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции заболевания отрицает. Туберкулез, сифилис, и венерические заболевания отрицает.

Привычные интоксикации: курит с 15 лет по одной пачке сигарет в день, после начала заболевания ограничивает себя в курении (одна пачка на 2-3 дня), алкоголь употребляет умеренно.

Аллергологический анамнез: непереносимости лекарственных средств нет.

### Настоящее состояние

 Состояние больного удовольтворительное. Положение активное. Телосложение правильное, деформаций скелета нет. Рост 175 см, вес 69.5 кг. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно (толщина подкожно-жировой складки над пупком 2 см). Кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Тургор кожи сохранен, кожа суховата, эластичность не снижена. Видимые слизистые бледно-розового цвета.

***Костно-мышечная система***. Общее развитие мышечной системы хорошее, болезненности при ощупывании мышц нет. Деформаций костей, болезненности при ощупывании суставов нет. Суставы обычной конфигурации. Форма грудной клетки правильная.

Лимфатические узлы: затылочные, передние и задние шейные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные, не пальпируются.

***Щитовидная железа*** не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

***Сердечно-сосудистая система***. Пульс 75 ударов в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения, одинаковый на правой и левой руке.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей (на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы), а также на шее (наружная сонная артерия) и головы (височная артерия) не ослаблен. АД 110/70 мм. Рт. Ст.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок справа на 1 см отступя от среднеключичной линии в пятом межреберье, разлитой, не усиленный, не приподнимающий.

Сердечный толчек не определяется. Эпигастральная пульсация ослабевает на высоте вдоха.

Пульсация в области восходящей части дуги аорты, легочной артерии нет.

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 1 см кнаружи от правого края грудины  |
| верхняя |  в 3-м межреберье по l.parasternalis |
| Ширина сос. пучка | 6 см. |
| левая | на 1,5 см изнутри от левой среднеключичной линии  |

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| правая левого края грудины в 4 межреберье  |  |
|   |
| верхняя у левого края грудины на 4 ребре  |
|   |
| левая на 1см кнутри от среднеключичной линии в 5  |
|  межреберье  |

Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации, ослаблены на верхушке, ритмичные. Систолического шума на верхушке и точке Боткина нет. На сосуды шеи и в подмышечную область не проводится.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

***Система органов дыхания***. Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание проводится над всей поверхностью легких.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро |  7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка11 грудного позвонка |

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 5 см | 5 см |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Подвижность легочных краев

справа 7 см

слева 7 см

Аускультация легких: дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах легких. Хрипов нет.

Бронхофония определяется одинаково с обеих сторон.

***Система органов пищеварения***.

Осмотр ротовой полости: губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

ЖИВОТ. Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания участвует. При поверхностной пальпации живот мягкий, чувствителен в правом подреберье.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

Желудок: границы не определяются, отмечается шум плеска, видимой перистальтики не отмечается. Кишечник. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из подреберной дуги выходит

на 2см. Границы печени по Курлову 11,9,8. При пальпации печень слегка болезненна, плотная, край тупой. Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси, Мерфи, отрицательный. Френикус симптом отрицательный. Поджелудочная железа не прощупывается.

Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

***Мочеполовая система***. Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно. Наружные половые органы развиты правильно, в мошонке пальпируются яички, плотноэластической консистенции.

***Нервно-психический статус***. Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы без патологии.

***План обследования больного***.

1. клинический анализ крови
2. клинический анализ мочи
3. анализ крови ВИЧ и на RW
4. биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, холестерин, липопротеиды, креатинин, билирубин, натрий, хлор, калий.
5. УЗИ органов брюшной полости (тщательно печень, селезенка)
6. Консультация хирурга.
7. ЭКГ

***Данные лабораторных исследований***:

**Клинический анализ крови**.

гемоглобин 146 г\л

эритроциты 4.7 х 10 в 12 степени на литр

цветной показатель 0.96

количество лейкоцитов 11 х 10 в 9 степени на литр

эозинофилы 1

сегментоядерные 51

лимфоциты 17

моноциты 4

СОЭ 25 мм\ч

#### Анализ мочи

цвет насыщенно-желтый

реакция щелочная

удельный вес 1012

белок 0.033 г\л

сахар 0

лейкоциты 1-2 в поле зрения

эритроциты свежие 0-2 в поле зрения

эпителий плоский 1-3 в поле зрения

билирубин 1

уробилинойды 1

**Биохимический анализ крови**:

Альбумины 39 % К – 5,3

Альфа 1 – 1,7 Натрий - 143

Альфа 2 – 9,9 Глюкоза – 4,2

Бета 21 Протромбиновый индекс 65%

Гамма 14 Тимоловая проба 13,1

Общий белок 91 г\л

мочевина 5.4 ммоль\л

креатинин 0,07

холестерин 2.7

билирубин общ. 30,5 мкмоль\л

АлАТ – 20

АсАТ – 91

ЩФ - 290

|  |
| --- |
| **Вирусологическое исследование.**  |
| гепатит С - (--) |
| гепатит А - HAV IgM (--) |
| гепатит В - HBsAg (--) |
| гепатит В - HBеAВ (--) |
| гепатит В - HBсоrAВ общ. (--) |
| гепатит В - HBsAg (--)  |
| гепатит С anti-HCV (--) **УЗИ органов брюшной полости**Печень увеличена (левая доля толщина 111 мм, правая 106мм)Контуры ровные, четкие. Структура неоднородная, диффузная. Эхогенность повышена. Внутрипеченочные протоки не расширенны. Воротная вена не расширенна. Нижняя полая в. не расширенна. Сосудистый рисунок в норме.Заключение: Гепатомегалия. Диффузные изменения печени. |

##### План лечения:

Режим постельный - для уменьшения физической нагрузки и, вследствие этого, расхода глюкозы и гликогена печени. Стол - 5-й (белка 80-100 г, жиров 80 г, углеводов 450-500 г; 3000-3500 ккал). Необходимо обеспечить достаточный уровень жидкости в организме путем обильного питья или внутривенных инфузий растворов NaCl, глюкозы и др. при необходимости.

Лекарственные назначения.

1. Раствор глюкозы (5% - 500 мл) - внутривенно. Данное назначение необходимо для улучшения обменных процессов в печени, улучшения ее энергетического снабжения.

2. Реополиглюкин(400 мл) - внутривенно. Данное назначение необходимо для улучшения микроциркуляции в тканях, в том числе в печени, а также для увеличения объема жидкости в организме для уменьшения концентрации токсических веществ, как выделяющихся при развитии патологического процесса, так и обезвреживаемых в норме печенью, для создания условий для скорейшего выведения токсинов из организма.

При недостаточном диурезе (не соответствующем объему вводимой жидкости и потерям ее другими путями) можно назначить мочегонные, в частности, лазикс для поддержания диуреза.

3. Рекомендуется назначить гепатопротекторы, такие, как эссенциале, Лив-52, силимарин для улучшения обменных процессов в клетках печени, ускорения репаративных процессов в печеночных клетках.

4. Также показана витаминотерапия**,** так как из-за патологического процесса в гепатоцитах способность печени накапливать витамины или синтезировать их уменьшена. Наибольшая потребность у печени имеется в аскорбиновой кислоте, которую назначают в дозе до 1 г в сутки. Также имеют значение витамин В1, способствующий детоксикационной функции печени, витамин РР, участвующий в гликогенообразовании.

5. Для улучшения обменных процессов можно назначить рибокси**н** по 1-2 таблетки в сутки.

6. Для профилактики потери калия, особенно в случае использования диуретиков, рекомендуется использовать препараты калия, такие, например, как панангин внутривенно 10 мл в резинку капельницы или его же в таблетках.

7. По показаниям симптоматически стоит назначить но-шпу при болях в области печени, вызванной спастическим состоянием желчных путей, а так же перерастяжением капсулы печени, анальгин идимедрол при сильных болях или бессоннице.

***Клинический диагноз***: Обострение хронического гепатита В.

|  |
| --- |
|  |
| **Обоснование диагноза:** |  |

На основании жалоб больного (на периодически тянущие тупые боли вправом подреберье, проходящие самостоятельно. На тошноту, частый стул (до 5 раз в сутки), снижение аппетита, общую слабость, снижение трудоспособности), данных анамнеза : наличие перенесенного в 1995 году гепатита В, постепенное начало с явлениями интоксикации , последующего желтушного периода (с появлением желтухи самочувствие больного не улучшилось), результатов физикального обследования : увеличенная печень (+2 см), при пальпации плотная, болезненная, край ее тупой, цвет кожи бледный с желтоватым оттенком), можно заподозрить диагноз хронического гепатита. Хронический характер заболевания подтверждается также характерными лабораторными данными: низкая АлАТ 20, повышенная АсАТ 91, повышенная щелочная фофсотаза 290 г/л, диспротеинемия снижение альбуминов 39, снижение протромбинового индекса 65%, лейкоцитоз 11 х 109 г/л, повышенная СОЭ 25 мм/час; и данным УЗИ.
За активность процесса с умеренной активностью говорит: СОЭ 25, умеренное повышение билирубина 30,5, повышение АсАТ 91, повышение -глобулинов, повышение тимоловой пробы 13,1.

За внутрипеченочный холестаз говорят характерные жалобы (слабость, боли в правом подреберье, снижение аппетита, трудоспособности), физикальные данные (желтуха, гепатомегалия), лабораторные данные (билирубинемия 1, уробилинурия 1, в крови повышение билирубина), а также данные УЗИ.

За недостаточность функции гепатоцитов говорит: лабораторные данные (диспротеинемия, снижение холестерина, протромбиновый индекс 65), а также о повреждении гепатоцитов говорит повешение уровня аминотрансфераз в крови.

Неспецифический характер заболевания подтверждается отрицательными результатами вирусологических исследований на HAV IgM, HBsAg, HBeAB, HBcorAB, anti-HCV.

Таким образом, можно предположить окончательный диагноз : Обострение хронического гепатита В.

Хронический вирусный активный гепатит с умеренно выраженной активностью (неспецифической этиологии) с внутрипеченочным холестазом, в фазе субкомпенсации.

**Дифференциальный диагноз.**

## Весь симптомокомплекс у данного больного позволяет поставить нам диагноз вирусного гепатита. Но для постановки окончательного диагноза требуется проведение дифференциальной диагностики между сходными заболеваниями, как инфекционными (желтушные формы лептоспироза, псевдотуберкулеза), так и неинфекционными (острый алкогольный гепатит, токсические гепатиты, механическая желтуха).

## Проведем дифференциацию между вирусным гепатитом и желтушной формой лептоспироза, так как при этих заболеваниях выявляется желтуха, болезненная увеличенная печень, высокая билирубинэмия. Но для лептоспироза важны данные эпидимиологического анамнеза: купание в загрязненных водоемах, контакт с животными где-то за 30 дней до заболевания, что больной отрицает. У данного больного в анамнезе имеется перенесенный вир. Гепатит В в 1995 году, что позволяет нам делать предположения в сторону гепатита. Различны и преджелтушные периоды. При лептоспирозе токсические проявления выражены ярче и имеют особенности: больные жалуются на высокую температуру тела, сильную головную боль, большую слабость; очень характерно - миалгии, особенно икроножных мышц; заболевание начинается остро (в отличие от данного больного), при этом могут выявляется герпетические высыпания, полиморфная сыпь, увеличение лимфатических узлов. При гепатите В или С (и у больного), выраженной лихорадки может не быть, выявляются более астенические симптомы (слабость, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость ухудшение аппетита, тошнота). С возникновением желтухи симптомы интоксикации при лептоспирозе уменьшаются. При вирусном гепатите В или С, наоборот - усиливаются, что мы и видим у больного: присоединение новых жалоб на головные боли, рвота) Но при лептоспирозе в желтушном периоде мы можем выявлять геморрагии и поражение почек (анурию, болезненность в поясничной области, протеинурию, азотэмию), чего мы не видим у больного. Окончательно отдеффиринцировать эти заболевания позволят лабораторные методы. Очень важны биохимические показатели: при высоком уровне билирубина при лептоспирозе умеренно повышена активность АлАТ и АсАТ, в отличии от гепатита. При лептоспирозе же наблюдается повышение активности щелочной фосфотазы, небольшое снижение протромбинового индекса, белково-осадочные пробы обычно не изменяются. У больного высокая активность АсАТ при высоком уровне билирубина, АлАТ снижено, изменены белковые показатели, что дает еще один "плюс" в пользу вирусного гепатита. И, наконец, лабораторные исследования УЗИ дают картину больше характерную для хр. гепатитиа.

Данное заболевание необходимо дифференцировать с вирусным гепатитом А. Прежде всего, при гепатите А другая серологическая картина, во всяком случае, имеется aHAV. Кроме того, при гепатите А имеет место улучшение самочувствия при наступлении желтухи, чего нет у данного больного.

## Трудна дифференциальная диагностика у данного больного вирусного гепатита и механических желтух, так как начало заболевания постепенное, без выраженных симптомов интоксикации, имела место желтуха, высокий уровень общего билирубина, что характерно для обоих заболеваний. 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 отличии от гепатита для механической желтухи не характерен особенный эпидемиологический анамнез. Заболевания развиваются постепенно, но для гепатита характерна цикличность (преджелтушный период, желтуха, период реконвалесценции, что и видим у больного), для механической желтухи - медленное, прогрессирующее нарастание симптомов. 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 больного отмечалась желтуха в сочетании с бледностью кожных покровов. Кожный зуд при механических желтухах выражен, при гепатитах он может быть только при явлениях холестаза, и не наблюдается у больного. Печень при обтурационных желтухах чаще не увеличена, безболезненная и эластической консистенции. У больного она была увеличена (выступала на 2 см из под края рёберной дуги), болезненна, плотноэластическая - что больше характерно для гепатита. В анализе крови отмечают увеличение СОЭ, лейкоцитоз (при остром холецистите в сочетании с холелитиазом). Трансаминазы повышены очень незначительно при механической желтухи, а вот активность щелочной фосфатазы увеличена в несколько раз, белковые изменения не характерны. При гепатитах и у больного наоборот. Решающим в дифференциальной диагностики этих заболеваний является картина УЗИ, что позволяет отвергнуть диагноз мех. желтуха.