#### Паспортные данные

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

***Возраст:*** 25 лет (5.02.1978 г.р.)

##### ***Домашний адрес:*** г. Петрозаводск, ул. Берёзовая аллея 34-35

***Место работы:*** Рекламная группа «Квадрат», ул. Л.Чайкиной,5

***Дата поступления:*** 01.10.03, 21.30

***Диагноз направившего учреждения:*** Вирусный гепатит

***Предварительный диагноз:*** Острый вирусный гепатит «А», желтушная форма

***Клинический диагноз:*** Острый вирусный гепатит «А», желтушная форма

***Осложнения основного заболевания***: нет

***Сопутствующее состояние:*** Беременность, 4 недели

# Жалобы на момент курации

***(19 день болезни, 14 день желтухи***)

На момент осмотра больная предъявляет жалобы на общую слабость, вялость, тяжесть в правом подреберье, изредка головную боль, головокружение, желтужность склер.

#### Анамнез заболевания

Женщина считает себя больной с 26.09.03г., когда поднялась температура до 38°С, появилась слабость, головная боль, головокружение. С 29.09.03г. (3 день болезни) больная отмечает изменение окраски мочи и стула. Появилась тошнота, снижение аппетита, рвоты не было. Температура в этот период 37,2-37,5°С. Длительность продромального периода - 5 дней. Тип продромального периода-гриппоподобный, с присоединением явлений обменного токсикоза. К врачу не обращалась. 01.10.03г. (5 день болезни) появилась иктеричность склер и кожи. Доставлена машиной «СП» в РИБ 01.10.03 в 21.30 (5 день болезни, 1 день желтухи) с диагнозом: Вирусный гепатит. Температура при поступлении 36,8°С.

#### Анамнез жизни

Родилась 05.02.1978г. в г. Петрозаводске, 1-ый ребенок в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. Училась хорошо, закончила 11 классов. Получила высшее историческое образование в ПетрГУ им. Куусинена. После окончания университета работала в должности секретаря в ОО «Союз». В 2000г. вышла замуж. С 2003 года работает менеджером в Рекламной группе «Квадрат». Режим питания на работе не соблюдается. Гигиенические условия удовлетворительные. В рабочем помещении много «строительной» пыли, так как идет ремонт. Больная не курит, алкоголь употребляет редко (вино). Перед заболеванием алкогольных напитков не употребляла.

В 2000г. – срочные роды, без осложнений. Течение беременности-без особенностей. Гинекологических заболеваний не отмечает.

Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости пищевых продуктов и лекарственных средств больная не отмечает.

#### Эпидемиологический анамнез

1. Характеристика санитарно-бытовых условий:

• Больная проживает в однокомнатной квартире, количество проживающих - 3 человека. Число контактных в квартире - 2 человека, в комнате с больной проживает 2 человека (в том числе 1 ребёнок и 1 взрослый)

Санитарное состояние жилья: сухое, светлое, теплое, чистое. Отопление центральное. Частота влажной уборки-1 раз в 2 дня.

• Личная гигиена больного: Постель общая, полотенце отдельное, зубная щетка отдельная, посуда для приёма пищи выделена, маникюрный набор отдельный, мочалка общая, расческа отдельная, носовой платок отдельный.

• Питается дома и на работе, не регулярно. Кратность питания: 2-3 раза в день. Диету не соблюдает. Алкоголь употребляет редко, в небольших количествах.

• Водоснабжение: Водопровод, горячая вода имеется, перебоев в снабжении горячей водой не бывает. Горячей воды на работе нет.

• Уборная канализированная, в квартире, предназначена только для членов семьи больной. Санитарное содержание: чисто. Уборная исправна, унитаз чистый, туалетная бумага имеется. Уборная на работе канализированная, общая для всех работающих. Санитарное содержание: чистая не всегда, туалетная бумага и мыло имеется не всегда.

• Профессиональные вредности по месту работы: «строительная» пыль.

1. Контакт с инфекционным больным, с больным гепатитом не отмечает. Последние 1,5 месяца находилась в г. Петрозаводске.
2. Хирургических, гинекологических, стоматологических вмешательств, инъекций и переливания крови в последние 6 месяцев не было.

Вывод об источнике и пути заражения на основании полученных данных сделать сложно. Выявлено: Отсутствие горячей воды на работе, удовлетворительное санитарное состояние уборной на работе - не всегда чистая, часто отсутствие туалетной бумаги и мыла. Всвязи с вышеприведенными факторами возможен фекально-оральный механизм передачи возбудителя. Источник инфекции неизвестен.

###### Объективное обследование

***(19 день болезни, 14 день желтухи)***

***Оценка состояния больного.***

Cостояние средней степени тяжести, сознание ясное, настроение вялое, положение активное, легко вступает в разговор, выражение лица спокойное, походка обычная, телосложение нормостеническое. Питание удовлетворительное. Печёночного запаха нет.

Кожа смуглой окраски, тургор и влажность незначительно снижены. Мягкое небо светло-розового цвета, нормальной влажности. Отмечается краевая субиктеричность склер. Кожа чистая, сыпи, расчёсов, петехий, телеангиоэктазий нет. Симптом «печёночных ладоней» отрицательный. Осмотр зева: слизистые розового цвета, нормальной влажности, гиперемии нет. Миндалины не увеличены, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Подкожная жировая клетчатка умеренно выражена.

Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы безболезненны, тонус и сила их достаточные.

Целостность костей не нарушена, поверхность их гладкая, болезненность при пальпации и поколачивании отсутствуют.

Суставы внешне не изменены. Конфигурация позвоночника правильная. Движения в суставах и позвоночнике в полном объёме.

***Сердечно-сосудистая система.***

Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют. Цианоза, одышки, периферических отёков нет.

При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, нормального напряжения, удовлетворительного наполнения, по величине большой, по форме – нормальный, ЧСС 75 уд/мин,

Сердечный горб и сердечный толчок визуально не определяются. АД 110 /70 мм рт. ст.

*При пальпации:* верхушечный толчок определяется слева на 2 см. кнутри от срединно-ключичной линии в области 5 межреберья. Верхушечный толчок невысокий, умеренной силы, шириной 2 см. Феномен «кошачьего мурлыканья» отрицательный.

*При аускультации*: тоны сердца приглушены, ритмичны. Патологические шумы не прослушиваются.

*При перкуссии:*

* Границы относительной тупости сердца:

Правая - на уровне 4 межреберья проходит по правому

краю грудины

Левая - на уровне 5 межреберья на 1,5 см. кнутри от

левой срединно-ключичной линии

Верхняя - по левой окологрудинной линии на 3 ребре

* Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - на уровне 4 межреберья проходит по левому

краю грудины

Левая - на уровне 5 межреберья на 2,0 см. кнутри от

левой срединно-ключичной линии

Верхняя - по левой окологрудинной линии на 4 ребре

Конфигурация сердца не изменена.

***Дыхательная система.***

*Осмотр и пальпация грудной клетки.*

При осмотре грудная клетка правильной формы, симметричная. Ход рёбер обычный, межрёберные промежутки не расширены. Частота дыхания 18 в мин., дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания брюшной.

Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации целостность рёбер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при пальпации грудной клетки не выявляется. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки.

*Перкуссия лёгких.*

1. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный лёгочный звук.
2. При топографической перкуссии:

Нижняя граница легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ориентиры | Справа (ребро) | Слева (ребро) |
| Парастернальная линия  Срединно-ключичная  Передняя подмышечная  Средняя подмышечная  Задняя подмышечная  Лопаточная  Околопозвоночная | Хрящ V ребра  V  VII  VIII  IX  X  XI | VII  VIII  IX  X  XI |

Ширина полей Кренига:

При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

***Желудочно-кишечный тракт.***

Губы физиологичной окраски, слегка влажные, высыпания и трещины не обнаружены, Слизистая полости рта равномерной розовой окраски, язык обычной величины и формы, влажный, розовый, с незначительным белесоватым налетом и выраженными сосочками, мягкое и твердое небо розовые, без пятен и налета, миндалины не увеличены. Неприятный запах изо рта не отмечается, глотание не нарушено. Живот округлый, обе половины симметричны, активно участвуют в акте дыхания, пупок умеренно втянут, кожа живота имеет смуглую окраску, сосудистые звездочки и грыжевые выпячивания не наблюдаются. Усиления венозного рисунка на передней брюшной стенке нет. Окружность живота 72 см.

*При пальпации:* уплотнений и опухолевидных образований не обнаружено, резистентность мышц пресса выражена умеренно.

*При глубокой пальпации:* в левой подвздошной области определяется безболезненная, эластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, безболезненна, подвижна, слегка урчит. Поперечно-ободочная кишка обычной консистенции определяется на уровне пупка. Симптомы раздражения брюшины не выявлены.

Размеры печени по Курлову:

1 размер (по правой срединно-ключичной линии) – 11 см.

2 размер (по передней срединной линии) – 10 см.

3 размер (по краю левой рёберной дуги) – 9 см.

Край печени ровный, гладкий, безболезненый. Из-под края рёберной дуги выступает: +0,5; +1; +1; +1,5 см.

Селезенка не пальпируется, перкуторно определяется по средней подмышечной линии между IX и XI ребрами:

Продольный размер- 9 см

Поперечный размер- 4 см

Зона проекции поджелудочной железы безболезненна. Зона Шоффара безболезненна. Симптомы Курвуазье, Кера, Мерфи, Ортнера – Грекова, Мюсси – Георгиевского отрицательные.

Стул нерегулярный (1 раз в 2 дня), оформленный, светло-коричневого цвета.

***Мочеполовая система****.*

Поясничная область при осмотре не изменена. Почки в положениях лёжа на спине и стоя не пальпируются. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников безболезненны c обеих сторон. Симптом Пастернацкого отрицательный. Цвет мочи желтый. Диурез не нарушен.

При пальпации мочевой пузырь не выступает за верхний край лобка.

***Эндокринная система***

Гинекомастии и других изменений не выявлено.

***Нервная система****.*

Характер спокойный, устойчивый, дружелюбно относится к медицинскому персоналу. Ориентирована во времени, месте, ситуации. Эйфории, бреда, галлюцинаций не отмечается. Сон не нарушен. Патологических рефлексов не выявлено. Изредка отмечается головная боль и головокружение. Судороги и непроизвольные движения не наблюдаются, трофических нарушений и болезненности по ходу нервных стволов нет, обоняние и вкус не нарушены. Движение глазных яблок в полном объёме, зрение нормальное, форма зрачков правильная, D=S; со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, мимическая мускулатура симметрична, оскала зубов нет, язык располагается посередине. Со стороны слуха патологических изменений нет.

#### Предварительный диагноз

На основании жалоб больного ( слабость, тошнота, тяжесть в правом подреберье, потемнение мочи, обесцвечивание стула, потеря аппетита), данных анамнеза, которые отражают типичное развитие заболевания с цикличностью: постепенное начало, наличие преджелтушного периода, протекающего по гриппоподобному типу на протяжении 5 дней с явлениями обменного токсикоза, последующего желтушного периода (с появлением желтухи самочувствие больного улучшилось), эпидемиологического анамнеза и результатов физикального обследования (умеренная желтушность склер и кожных покровов, увеличение печени на 1,5 см) можно поставить предварительный диагноз:

Острый вирусный гепатит, желтушный вариант.

Мероприятия в очаге инфекции

1. *Мероприятия в отношении источника* инфекции включают раннее выявление и регистрацию в СЭС случаев вирусных гепатитов (заполнение учётной формы № 58). Все больные острыми вирусными гепатитами подлежат обязательной госпитализации в инфекционный стационар. Реконвалесценты вирусных гепатитов после выписки подлежат диспансерному наблюдению в кабинетах инфекционных заболеваний поликлиники.
2. *Мероприятия, направленные на прерывание путей распространения инфекции*.

Очаги вирусных гепатитов подлежат обследованию врачом-эпидемиологом или помощником эпидемиолога с заполнением карты эпидемиологического обследования (форма 357/у). В очагах вирусного гепатита проводятся дезинфекционные мероприятия и санитарно-просветительская работа.

* Дезинфекционные мероприятия в очаге гепатита “А”:

1. Выделения больного (фекалии, моча, рвотные массы и др.) при HAV засыпаются сухой хлорной известью (200 г/кг), известью белильной термостойкой (200 г/кг) или нейтральным гипохлоритом кальция (НГК) (200 г/кг) и выдерживаются 60 минут. Если в выделениях мало влаги, после внесения дез. препарата добавляют воду в соотношении 1:4. В карантинной группе ДДУ обеззараживают выделения, вызывающие подозрение.
2. Посуду из-под выделений (горшки, судна, вёдра, баки и др.) погружают в 3 % раствор хлорамина или в 3 % раствор хлорной извести на 30 минут.
3. Посуда больного (чайная, столовая, ложки, вилки и пр.) освобождается от остатков пищи и кипятится в 2 % растворе соды в течении 15 минут или погружается в 3 % раствор хлорамина или в 3 % раствор хлорной извести на 60 минут. После обработки посуду тщательно промывают водой.
4. Остатки пищи, смывные воды после мытья посуды кипятят в течении 15 минут или засыпают сухой хлорной известью или НГК (200 г/кг) на 30 минут. Если в остатках пищи мало влаги, после внесения дез. Препарата добавляют воду в соотношении 1:4.
5. Ветошь, мочалки после мытья посуды кипятят в 2 % содовом растворе 15 минут.
6. Бельё больного (нательное, постельное), полотенца и прочее, не загрязнённые выделениями больного, марлевые маски, санодежда персонала и лиц, ухаживающих за больными, кипятятся в 2 % мыльно-содовом растворе 15 минут или замачиваются в 3 % раствор хлорамина на 30 минут, затем их прополаскивают в воде и стирают.
7. Бельё, загрязнённое выделениями (кровью), погружают в 3 % раствор хлорамина (5 литров на 1 кг белья) на 2 часа, затем прополаскивают в воде и стирают.
8. Предметы ухода за больным (грелки, пузыри для льда, подкладные круги, подкладные клеёнки, клеёнчатые чехлы матрацев, клеёнчатые нагрудники) замачивают на 30 минут или двукратно протирают 3 % раствором хлорамина с интервалом 15 минут, затем обливают водой.
9. Постельные принадлежности (подушки, матрацы, одеяла), верхнюю одежду, платье обеззараживают в дезкамерах. При отсутствии камерной дезинфекции чистят щеткой, смоченной в 3 % растворе хлорамина.
10. Помещения (комната больного, комнаты детских учреждений), предметы обстановки, поверхности обеденных столов, подоконники, дверные ручки, спусковые краны бачков унитазов, перила лестниц орошают 3 % раствором хлорамина из гидропульта (250-300 мл/м^2) или двукратно протирают ветошью, смоченной тем же раствором. В последующем проводят влажную уборку.
11. Руки персонал протирает ватным тампоном, смоченным 0,5 % раствором хлорамина или 70 % раствором спирта, затем моет тёплой водой с индивидуальным мылом и вытирает индивидуальным полотенцем. Резиновые перчатки погружают в 3 % раствор хлорамина или 4 % раствор перекиси водорода на 60 минут.
12. В лабораториях, при работе с кровью больных отходы крови засыпают сухой хлорной известью или НГК в соотношении 5:1, перемешивают и выдерживают 60 минут. Лабораторную посуду (пипетки, пробирки и др.) полностью погружают в 3 % осветленный раствор хлорной извести или хлорамина на 60 минут, затем промывают проточной водой и направляют на предстерилизационную обработку и стерилизацию в соответствии с ОСТ 42-21-2-85.

Поверхность лабораторных столов, клинических, биохимических и других лабораторий в конце рабочего дня протирают ветошью, смоченной в 3 % осветленном растворе хлорной извести или хлорамина.

3) *Мероприятия в отношении контактных лиц*

За лицами, бывшими в контакте с больным вирусным гепатитом «А», устанавливается систематическое (не реже 1 раза в неделю) медицинское наблюдение, включающее термометрию, опрос, осмотр с определением размеров печени и селезёнки, на срок 35 дней с момента разобщения с больным. Медицинское наблюдение осуществляется врачами участковой службы - терапевтами, педиатрами. Лабораторное обследование контактных включает определение в крови активности АлАТ, а при возможности - специфических маркеров HAV.

В случае выявления больного HAV в детском дошкольном учреждении на 35 дней с момента его госпитализации прекращаются переводы детей в другие группы или учреждения, приём новых детей, осуществляется разобщение групп во время прогулок, отменяются система самообслуживания и культурно – массовые мероприятия. Персонал детского учреждения, а также родители должны быть подробно проинформированы о первых симптомах болезни и о необходимости немедленно сообщить медицинским работникам обо всех отклонениях в состоянии ребёнка.

*Иммуноглобулинопрофилактика (ИГП)*  является составной частью комплекса противоэпидемических мероприятий и проводится только среди наиболее поражаемых HAV контингентов.

В зависимости от показателей заболеваемости в наиболее поражаемых возрастных группах на различных территориях страны рекомендуется дифференцированная система использования ИГП:

* При показателях менее 5 на 1000 – проведение ИГП экономически нерентабельно.
* При показателях от 5 до 12 на 1000 – эпидемиологически обосновано применение иммуноглобулина только детям, общавшимся с заболевшим в пределах группы дошкольного учреждения, класса, школы или семьи.
* При показателях 12 и выше на 1000 оправдано одномоментное введение иммуноглобулина дошкольникам или учащимся начальных классов школ в начале сезонного подъёма заболеваемости с реализацией этого мероприятия в течение 10-15 дней.

Рекомендуется также введение иммуноглобулина подросткам и взрослым по эпидпоказаниям и при выезде в неблагополучные по заболеваемости HAV территории.

Иммуноглобулин вводят в соответствии с возрастом в следующих дозах:

1-6 лет- 0,75 мл

7-10 лет- 1,5 мл

старше 10 лет и взрослым в зависимости от веса- до 3 мл

##### Учётная форма № 58

##### Учреждение: Республиканская инфекционная больница

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, о необычной реакции на прививку.

Диагноз: Острый вирусный гепатит «А», желтушный вариант.

Диагноз подтвержден лабораторно.

Ф.И.О.: Кулдашева Юлия Владимировна

Пол: женский

Возраст: 25 лет

Адрес: г. Петрозаводск, район – Древлянка

Улица Берёзовая аллея, дом № 34, кв. № 35.

Наименование и адрес места работы: Рекламная группа «Квадрат»,

##### Улица Л. Чайкиной, дом № 5

Даты:

* Заболевания: 26.09.2003г.
* Первичного обращения (выявления): 01.10.2003г.
* Установления диагноза: 06.10.2003г.
* Последнего посещения места работы: 24.09.2003г.
* Госпитализации: 01.10.2003г.

Место госпитализации: г. Петрозаводск, Республиканская инфекционная больница

Если отравление, указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший: -⎯⎯

Проведённые первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения:

Дата и час первичной сигнализации в СЭС: 02.10.2003, 8.00

Фамилия сообщившего: Иванов

Кто принял сообщение: Петров

Дата и час отсылки извещения:

Подпись пославшего извещение:

Регистрационный номер в журнале, ф.№ 60, ЛПУ

Дата и час получения извещения в СЭС:

Регистрационный номер в журнале, ф.№ 60, СЭС

Подпись получившего извещение:

***План лабораторного обследования***

*План обследования*

1. Клинический анализ крови. Возможно выявление симптомов характерных для вирусного поражения, то есть лейкопения, лимфоцитоз, может быть увеличение моноцитов. Также возможно замедление СОЭ.

2. Общий анализ мочи. Возможно нахождение уробилина, желчных пигментов.

1. Биохимический анализ крови.

* Количество общего белка (белково-синтетическая функция печени), белковых фракций (при тяжелых формах -гипопротеинемия, гипоальбуминемия, гипергаммаглобулинемия)
* Показатели белковых осадочных проб (сулемовая - снижается при тяжелых формах, тимоловая-повышение)
* Активность аминотрансферраз (АсАТ-незначительное повышение, АлАТ-повышение в десятки раз)
* Билирубин крови (повышение общего билирубина, появление прямой фракции)
* Протромбиновый индекс (снижается при тяжёлых формах).
* Фибриноген, холестерин крови, щелочная фосфатаза (повышение при холестатической форме).

4. Исследование крови методом ИФА на HbsAg, анти - HAV IgM.

5. УЗИ органов брюшной полости. Исключить воспалительные процессы в органах брюшной полости.

В диагностике гепатита «А» традиционно широко используют биохимические методы исследования-энзимные тесты, определение билирубина, белковые пробы.

**Билирубин** - оранжево-коричневый пигмент желчи; продукт распада гемоглобина. Билирубин образуется в печени, откуда поступает с желчью в кишечник, а незначительная часть - в кровь. лат.Bilis - желчь + Ruber - красныйБилирубин (от лат. bilis-жёлчь и ruber - красный), C33H36O6N4, один из жёлчных пигментов, молекулярная масса 584,68; коричневые кристаллы, один из промежуточных продуктов распада гемоглобина, происходящего в макрофагах селезёнки, печени и костного мозга. Содержится в небольших количествах в плазме крови позвоночных животных и человека (у здорового человека 0,2-1,4 мг%).

Показатели обмена билирубина. Существенно дополняют клиническую оценку желтухи. Обмен билирубина представляет собой сложный многоэтапный процесс, направленный на его обезвреживание и выведение. Образование билирубина происходит в процессе гемолиза эритроцитов и разрушения гемоглобина. При накоплении в организме билирубин, благодаря высокой липофильности, легко проникает в ткани, особенно в ЦНС, и может оказать токсическое действие. В жидких средах организма, в частности в крови, билирубин практически нерастворим. Для его переноса требуются носители, которыми служат белки, главным образом альбумин плазмы.

Последующие превращения билирубина происходят в гепатоцитах. Они включают 3 последовательных процесса: захват билирубина печёночными клетками, связывание свободного билирубина с глюкуроновой кислотой и экскрецию конъюгатов в желчные канальцы. Захват осуществляется мембраной синусоидального полюса гепатоцитов после предварительной диссоциации альбумин-билирубинового комплекса. В процессе конъюгации к молекуле билирубина присоединяются 2 молекулы глюкуроновой кислоты с образованием сложного эфира-билирубиндиглюкуронида. Это ферментзависимая реакция, катализируемая глюкуронил-трансферазой. В отличие от свободного билирубина, билирубиндиглюкурониды растворимы, что и обеспечивает возможность их экскреции в желчные каппиляры. Свободный билирубин в желчь практически не поступает. Экскреция глюкуронидов билирубина в желчь происходит через билиарную мембрану гепатоцитов. Это активный секреторный процесс, обеспечивающий резкое увеличение концентрации билирубина в желчи сравнительно с плазмой. Функцию экскреции рассматривают как потенциально наиболее уязвимое звено внутрипечёночного метаболизма билирубина. Доказано, что у больных вирусными гепатитами первично страдает функция экскреции, затем присоединяются нарушения захвата билирубина, а функция конъюгации нарушается в последнюю очередь.

Поступая с желчью в кишечник, билирубиндиглюкуронид под влиянием дегидрогеназ кишечной микрофлоры восстанавливается в уробилиноген. Уробилиногены, выделяясь с калом, окисляются и превращаются в уробилины, пигменты желтого цвета. Конечным продуктом обмена билирубина является стеробилин-основной пигмент кала.

Почечная экскреция билирубина представляет компенсаторный механизм. В физиологических условиях, при циркуляции в крови преимущественно свободного билирубина, почки не участвуют в его выведении. Соответственн, в норме билирубин в моче не обнаруживается. Минимальное (пороговое) содержание конъюгатов билирубина в крови, при котором они начинают обнаруживаться в моче, составляет в среднем 34 мкмоль/л.

Показатели обмена билирубина (пределы нормальных колебаний):

Общее содержание билирубина в крови-8,5-20,5 мкмоль/л.

* Связанная фракция-2,1-5,1 мкмоль/л.
* Свободная фракция-6,4-15,4 мкмоль/л.

Из показателей обмена билирубина для ранней диагностики желтушной формы острых гепатитов основное значение имеет обнаружение в моче сначала уробилина (проба с реактивом Эрлиха), а затем билирубина, а при исследовании крови - увеличение доли связанной фракции билирубина. Задачу раздельной диагностики гепатитов «А» и «В» пигментные тесты не решают.

**Тимоловая проба -** относится к осадочным пробам, основана на определении стойкости белкового коллоида при добавлении к нему повреждающего агента-тимола. Учитывается количество тимола, вызывающее помутнение сыворотки и выпадение осадка. Тимоловая проба в норме составляет 12-14 ЕД.

**Энзимные тесты** - высокочувствительные индикаторы цитолиза гепатоцитов являются своего рода «маркерами цитолитического синдрома», что иопределяет их большое значение в диагностике вирусных гепатитов. Наибольшее значение для выявления больных вирусными гепатитами имеет определение активности аминотрансфераз-аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ). Кровь для исследования забирают натощак в стерильную сухую центрифужную пробирку. При гепатитах более чувствительным является определение активности АлАТ, степень повышения АсАТ обычно несколько меньшая. Это объясняется тем, что АлАТ-чисто цитоплазматический фермент, содержащийся исключительно в гиалоплазме гепатоцитов, а АсАТ включает изоэнзим, локализующийся в митохондриях. Поэтому при цитолитическом процессе, развивающимся в печени у больных вирусными гепатитами, преобладает «вымывание» АлАТ. Параллельное определение 2 энзимов позволяет полнее оценить характер гиперферментемии. Энзимные тесты (АлАТ и АсАТ) являются наиболее ранними критериями для постановки диагноза вирусных гепатитов. Для раздельной диагностики гепатитов «А» и «В» энзимные тесты самостоятельного значения не имеют.

Для оценки природы гиперферментемии, её гепатогенной зависимости, служит также исследование активности так называемых печёночноспецифических ферментов-сорбитдегидрогеназы, фруктозо-1-фосфатальдолазы, урокиназы, щелочной фосфатазы и некоторых других. В отличие от аминотрансфераз, они локализуются преимущественно в печёночных клетках, а в других тканях обнаруживаются в меньших количествах или вообще отсутствуют. Их выявление в крови подтверждает связь гиперферментемии с патологией печени.

Сывороточные энзимные тесты (пределы нормальных колебаний):

* АлАТ – 0,03-0,19 мкмоль/(с\*л)
* АсАТ – 0,03-0,13 мкмоль/(с\*л)
* Щелочная фосфатаза – 0,14-0,36 мкмоль/(с\*л)

**Протромбиновый индекс** – его уровень характеризует уровень цитолиза. В норме 80-100%

***Результаты лабораторных исследований***

***Анализ мочи от 02.10.2003.***

Цвет – тёмно-желтый

Относительная плотность - 1020

Реакция - кислая

Белок-0

Глюкоза-0

Билирубин-1

***Клинический анализ крови от*** ***02.10.2003***

Эритроциты – 4,3 х 10^12/ л

Гемоглобин – 7,3

Цветной показатель - 0,85

Лейкоциты – 5,6 х 10^9 / л

Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 13

- сегментноядерные - 46

Лимфоциты - 34

Моноциты – 3

СОЭ - 20 мм /ч

Биохимический анализ крови от 03.10.2003

Билирубин общий – 137 мкмоль/л

Прямой билирубин- 99 мкмоль/л

Непрямой билирубин- 38 мкмоль/л

АлАТ > 35 ммоль/ч.л.

тимоловая проба – 41 Ед.

***Реакция Вассермана*** ***(03.10.2003)*** - отрицательная

Биохимический анализ крови от 08.10.2003

Билирубин общий – 110 мкмоль/л

Прямой билирубин- 81 мкмоль/л

Непрямой билирубин- 29 мкмоль/л

АлАТ – 13,16 ммоль/ч.л.

Биохимический анализ крови от 15.10.2003

Билирубин общий – 59 мкмоль/л

Прямой билирубин- 39 мкмоль/л

Непрямой билирубин- 20 мкмоль/л

АлАТ – 2,639 ммоль/ч.л.

Биохимический анализ крови от 22.10.2003

Билирубин общий – 29 мкмоль/л

Прямой билирубин- 19 мкмоль/л

Непрямой билирубин- 10 мкмоль/л

АлАТ – 5,28 ммоль/ч.л.

АсАТ – 1,14 ммоль/ч.л.

***Протромбиновый индекс***

* **02.10.2003:** 65 %
* **03.10.2003:** 69 %
* **10.10.2003:** 69 %
* **16.10.2003:** 83 %

***ИФА от 06.10.2003***

* ***анти - HAV IgM* (+)**

##### ***HbsAg -*** не обнаружен

Суммарных антител к HCV не выявлено.

#### Дневник

* ***14.10.03(19 день болезни, 14 день желтухи)***

Состояние средней степени тяжести по заболеванию. Самочувствие удовлетворительное. Жалобы на общую слабость, вялость, тяжесть в правом подреберье, изредка головную боль, головокружение. Сон хороший, аппетит хороший. Склеры субиктеричны, кожа смуглой окраски. Язык обычной величины и формы, влажный, розовый, с незначительным белесоватым налетом. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Патологические шумы не прослушиваются. ЧСС 75 уд/мин. АД 110 /70 мм рт. ст. При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются. ЧД 18 в минуту.

Печень: Край ровный, гладкий, безболезненый. Из-под края рёберной дуги выступает: +0,5; +1; +1; +1,5 см.

Селезенка не пальпируется, перкуторно определяется по средней подмышечной линии между IX и XI ребрами:

Продольный размер- 9 см

Поперечный размер- 4 см

Цвет мочи жёлтый. Стул оформленный, светло-коричневого цвета.

* ***15.10.03(20 день болезни, 15 день желтухи)***

Состояние средней степени тяжести по заболеванию. Самочувствие удовлетворительное. Жалобы на общую слабость, вялость, тяжесть в правом подреберье, изредка головную боль, головокружение. Сон хороший, аппетит хороший. Склеры субиктеричны, кожа смуглой окраски. Язык обычной величины и формы, влажный, розовый, с незначительным белесоватым налетом. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Патологические шумы не прослушиваются. ЧСС 73 уд/мин. АД 110 /70 мм рт. ст. При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются. ЧД 18 в минуту.

Печень: Край ровный, гладкий, безболезненый. Из-под края рёберной дуги выступает: +0,5; +1; +1; +1,5 см.

Селезенка не пальпируется, перкуторно определяется по средней подмышечной линии между IX и XI ребрами:

Продольный размер- 9 см

Поперечный размер- 4 см

Цвет мочи жёлтый. Стул оформленный, светло-коричневого цвета.

* ***16.10.03(21 день болезни, 16 день желтухи)***

Состояние средней степени тяжести по заболеванию. Самочувствие удовлетворительное. Жалобы на общую слабость, вялость, тяжесть в правом подреберье, изредка головную боль, головокружение. Сон хороший, аппетит хороший. Склеры субиктеричны, кожа смуглой окраски. Язык обычной величины и формы, влажный, розовый, с незначительным белесоватым налетом. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Патологические шумы не прослушиваются. ЧСС 76 уд/мин. АД 110 /70 мм рт. ст. При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются. ЧД 19 в минуту.

Печень: Край ровный, гладкий, безболезненый. Из-под края рёберной дуги выступает: +0,5; +1; +1; +1,5 см.

Селезенка не пальпируется, перкуторно определяется по средней подмышечной линии между IX и XI ребрами:

Продольный размер- 9 см

Поперечный размер- 4 см

Цвет мочи жёлтый. Стул оформленный, светло-коричневого цвета.

* ***17.10.03(22 день болезни, 17 день желтухи)***

Состояние средней степени тяжести по заболеванию. Самочувствие удовлетворительное. Жалобы на общую слабость, вялость, тяжесть в правом подреберье, изредка головную боль, головокружение. Сон хороший, аппетит хороший. Склеры субиктеричны, кожа смуглой окраски. Язык обычной величины и формы, влажный, розовый, с незначительным белесоватым налетом. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Патологические шумы не прослушиваются. ЧСС 76 уд/мин. АД 120 /70 мм рт. ст. При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются. ЧД 18 в минуту.

Печень: Край ровный, гладкий, безболезненый. Из-под края рёберной дуги выступает: +0,5; +1; +1; +1,5 см.

Селезенка не пальпируется, перкуторно определяется по средней подмышечной линии между IX и XI ребрами:

Продольный размер- 9 см

Поперечный размер- 4 см

Цвет мочи жёлтый. Стул оформленный, светло-коричневого цвета.

* ***18.10.03(23 день болезни, 18 день желтухи)***

Состояние средней степени тяжести по заболеванию. Самочувствие удовлетворительное. Жалобы на общую слабость, вялость, тяжесть в правом подреберье, изредка головную боль, головокружение. Сон хороший, аппетит хороший. Склеры субиктеричны, кожа смуглой окраски. Язык обычной величины и формы, влажный, розовый, с незначительным белесоватым налетом. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Патологические шумы не прослушиваются. ЧСС 74 уд/мин. АД 110 /70 мм рт. ст. При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются. ЧД 18 в минуту.

Печень: Край ровный, гладкий, безболезненый. Из-под края рёберной дуги выступает: +0,5; +1; +1; +1,0 см.

Селезенка не пальпируется, перкуторно определяется по средней подмышечной линии между IX и XI ребрами:

Продольный размер- 9 см

Поперечный размер- 4 см

Цвет мочи жёлтый. Стул оформленный, светло-коричневого цвета.

***Дифференциальный диагноз***

В процессе распознавания безжелтушных или начального периода желтушных форм вирусного гепатита должна проводиться дифференциальная диагностика с:

* гриппом (ОРЗ)
* острыми кишечными инфекциями (гастрит, гастроэнтерит, гастроэнтероколит)
* полиатритом ревматической или иной природы.

В желтушном периоде заболевания дифференциальный диагноз осуществляют в первую очередь с другими инфекциями, при которых поражается печень:

* Надпечёночные желтухи (гемолитические)
* Подпечёночные желтухи (механические)
* Синдром Жильбера
* Лептоспироз
* Псевдотуберкулёз

##### Гепатит «В»

* Рак головки поджелудочной железы
* Болезни крови
* Токсический и лекарственный гепатит
* редко - гепатиты, вызываемые грамположительными кокками, грамотрицательными бактериями и др. В этих случаях гепатиты рассматривают как одно из проявлений основного заболевания, при успешном лечении которого признаки поражения печени исчезают.

Для постановки предварительного диагноза нужно провести диф. диагностику с этими заболеваниями.

* ***Надпечёночные желтухи***

Возникают в результате избыточного образования билирубина. Надпечёночные гемолитические желтухи (анемии) обусловлены патологически усиленным гемолизом эритроцитов. Сокращение продолжительности жизни эритроцитов сопровождается разрушением повышенных количеств гемоглобина и, соответственно, накоплением в крови свободной (непрямой) фракции билирубина. Для разграничения надпечёночных желтух, как правило, вполне информативны клинические данные. Надпечёночных желтухи в чистом виде всегда неинтенсивны. Покровы не столько желтушные, сколько лимонно-бледные. Нет признаков ахолии, зуда кожи. При дуоденальном зондировании выявляется плейохромия-интенсивное окрашивание желчи. Признаки печёночной недостаточности отсутствуют. С другой стороны, желтуха обычно сочетается с симптомокомплексом, характерным для анемии (головокружения, потливость, бледность покровов, низкое содержание эритроцитов и гемоглобина).

* ***Подпечёночные желтухи***

В их основе лежит механическое препятствие нормальному оттоку желчи – сдавление магистральных желчных протоков снаружи или закупорка их изнутри. Этому соответствует наименование механической или обструктивной желтухи.

В дифференциальной диагностике желтух первостепенное значение имеет сопоставление их интенсивности и степени выраженности симптома интоксикации. С другой стороны, при подпечёночном типе желтуха, как правило, интенсивная, а самочувствие больных остаётся в основном удовлетворительным, проявления интоксикации выражены слабо или даже отсутствуют. Это – один из наиболее информативных дифференциально-диагностических признаков. Требует учёта оценка преджелтушного периода, не имеющего при подпечёночных желтухах закономерной характеристики, часто растянутого во времени (1 – 2 месяца), с нечёткой симптоматикой, без признаков инфекционно-токсического синдрома. Больные нередко еще до появления желтухи испытывают зуд кожи. Наконец, может вообще не быть указаний на какие-либо проявления болезни, предшествовавшие появлению желтухи. Подобная характеристика преджелтушного периода, кроме всего прочего, свидетельствует об отсутствии цикличности процесса, что дополнительно указывает на неинфекционный генез желтухи.

В качестве критерия отграничения подпечёночных желтух опухолевого происхождения фиксируют внимание на нередком появлении серо-землистого или шафранового оттенка кожи, наличии тупых болей в верхних отделах живота, гепатомегалии с большей частью плотной поверхностью печени, резко выраженном зуде кожи со следами множественных расчесов. Первостепенное дифференциально-диагностическое значение придают симптому Курвуазье – выявлению увеличенного желчного пузыря, становящегося доступным для пальпации. Важное дифференциально-диагностическое значение имеет динамическое наблюдение, подтверждающее стабильность желтухи, ахолии и холурии, не свойственных печёночным желтухам нехолестатического типа.

Подпечёночные желтухи при холецистохолангитах калькулёзного генеза устанавливаются с учетом появления иктеричности покровов после очередного болевого приступа, повышения температуры, часто с ознобом, рвоты, нередко бурного начала с ознобом, выраженной болезненности при пальпации области правого подреберья, выявления локального мышечного напряжения (защиты), болезненности при поколачивании по правой рёберной дуге (симптом Ортнера). У части больных регистрируется нейтрофильный лейкоцитоз.

Против подпечёночного генеза желтухи свидетельствует выявление у больных увеличения селезёнки. Признак гепатомегалии не имеет дифференциально-диагностического значения. Вместе с тем сочетанная гепатоспленомегалия не свойственна заболеваниям, протекающим с подпечёночной желтухой, и, наоборот, часто встречается при острых и хронических заболеваниях печени.

* ***Синдром Жильбера***

По механизму это наследственная, неконъюгированная, негемолитическая желтуха. В основе ее лежит недостаточность глюкуронилтрансферазы, что приводит к неспособности гепатоцитов усваивать неконъюгированный билирубин или превращать моноглюкуронид билирубина в диглюкуронид. Заболевание дебютирует в детстве или в среднем возрасте у людей интеллектуального труда. Клинически синдром Жильбера проявляется умеренной рецидивирующей желтухой. Больной в это время жалуется на слабость, недомогание, снижение работоспособности, иногда боли в парвом подреберье. Уробилин в моче обычно не опредляется.

Печень несколько увеличена, функция сохранена, билирубин до 40

ммоль/л, исключительно неконъюгированный. Увеличение селезенки нехарактерно. Проявлению заболевания может способствовать

перенесенный вирусный гепатит. Клинически синдром Жильбера и постгепатитная гипербилирубинемия практически неразличимы. Здесь необходимо учитывать, что синдром Жильбера – наследственное заболевание, которое передаётся по аутосомно-доминантному типу, поэтому при расспросе можно выяснить, наблюдалась ли желтуха у родственников больного. Учитывая все вышесказанное диагноз болезни Жильбера сомнителен в данном случае, так как семейный анамнез больной не отягощен, повышены обе фракции билирубина.

* ***Лептоспироз***

Общим симптомом у больных лептоспирозом и вирусным гепатитом является - желтуха. Но по данным эпиданамнеза мы можем исключить лептоспироз, так как больная отрицает купание в водоемах с непроточной водой в предшествующие заболеванию 7-10 дней, а так же контакты с грызунами, больными животными. И по данным клинического обследованияа лептоспироз отличается от гепатита «А» стремительным развитием болезни, высокой температурой, резкими болями в икроножной мышце, изменениями в моче, нарастающей почечной недостаточностью.

* ***Псевдотуберкулез***

При вирусном гепатите и желтушном варианте течения генерализованной формы псевдотуберкулеза отмечаются общие симптомы: симптомы интоксикации (недомогание, головная боль, головокружение, общая слабость, снижение аппетита), повышение температуры до высоких цифр, боли в крупных суставах, гепатомегалия, желтуха склер и кожных покровов, гипербилирубинемия, гипертрансаминаземия, холурия, ахолия. В периферической крови наблюдается палочкоядерный сдвиг влево, ускоренная СОЭ.

От желтушной формы псевдотуберкулеза вирусный гепатит

отличается постепенным началом, отсутствием явлений

терминального илеита и мезаденита (отсутствие характерных болей и безболезненность при пальпации илеоцекальной области, не происходит образования "инфильтрата" в правой подвздошной области, отрицательные симптомы Падалки и Штернберга), а также улучшением самочувствия в момент появления желтухи (уменьшение симптомов интоксикации, снижение температуры до субфебрильных цифр).

Напротив, при псевдотуберкулезе желтуха появляется на высоте лихорадки и связана с наибольшей выраженностью интоксикации. В начальном периоде псевдотуберкулеза выявляются симптомы "капюшона", "перчаток", "носков", гиперемия конъюнктивы, инъекция сосудов склер - чего не бывает в аналогичном периоде при вирусном гепатите.

Имеются различия между этими заболеваниями и в периоде разгара. Так, при псевдотуберкулезе появляется экзантема - точечная сыпь, которая напоминает скарлатинозную, цвет ее от бледно-розового до ярко-красного, локализуется на симметричных областях туловища (на боковых поверхностях, в аксиллярных областях, треугольнике Симона), на коже верхних и нижних конечностей, сгущение сыпи наблюдается на сгибательных поверхностях, нередко наблюдаются розеолезные или мелкопятнистые высыпания вокруг крупных сосудов. На высоте клинических проявлений развивается симптомокомплекс "инфекционно-токсической почки": протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия, лейкоцитурия. Гепатит при псевдотуберкулезе носит характер токсического, и поэтому активность аминотрансфераз повышается в меньшей степени, чем при вирусном гепатите. Таким образом, на основании различий в клинической картине течения заболеваний (различное протекание преджелтушного и желтушного периодов), на основании различий в объективном и лабораторном исследовании диагноз псевдотуберкулез может быть отвергнут из ряда возможных у нашей больной.

* ***Гепатит В***

Общим симптомом у больных с вирусным гепатитом А и вирусным гепатитом В является - желтуха, увеличение печени, повышение температуры, озноб, общая слабость. Однако для вирусного гепатита «В» характерен парентеральный путь заражения, а для гепатита «А» - фекально-оральный. Для гепатита «А» максимум заболеваемости в осенне-зимний переиод, что не характерно для гепатита «В». Так же отличает их и инфекционный период (2-4 недели гепатит «А», 1-6 месяцев гепатит «В»). Вирусный гепатит «А» характеризуется более постепенным началом, а так же более коротким продромальным периодом (5-7 дней). Для вирусного гепатита «В» характерны боли в суставах, а для гепатита «А» не характерны. При вирусном гепатите «А» длительность желтухи соответствует цикличности инфекционного процесса: 2-3 недели, а при гепатите «В» она обычно более продолжительна, особенно при микст-формах. Так же они отличаются по тяжести течения и исходу заболевания: преимущественно средне - тяжелое и легкое, с довольно редким исходом в хроническую форму - гепатит «А»; преобладает тяжелое течение с переходом острого гепатита в хронический – гепатит «В». Для окончательного установления диагноза нужно провести следующие исследования: биохимическое исследование крови, тимоловую пробу, исследование на маркеры вируса гепатитов «А» и «В».

* ***Рак головки поджелудочной железы***

При раке головки поджелудочной железы возникает так называемая механическая (обусловлена сдавлением и прорастанием холедоха опухолью), подпеченочная желтуха, которая является общим симптомом и для вирусного гепатита. В преджелтушном периоде эти два заболевания отдифференцировать практически невозможно: слабость, недомогание, плохой аппетит, рвота, температурная реакция в этом периоде не имеют дифференциально - диагностического значения. Поэтому дифференциальный диагноз вирусного гепатита с подпечёночными желтухами иногда очень труден. Все-таки, для вирусного гепатита характерен короткий преджелтушный период, постепенное начало заболевания, суставные боли, тошнота, отсутствие выраженного похудания в этом периоде, субфебрильная температура, отсутствие болей в животе и кожного зуда. Отрицательный симптом Курвуазье, незначительное увеличение печени (в данном случае - на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги), отсутствие асцита, масса тела в пределах нормы. В гемограмме характерны лимфоцитоз, лейкопения, повышенная СОЭ.

Для новообразования характерны: длительный преджелтушный период (более 30 дней), более "острое" начало заболевания, нередко с болей, выраженное похудание в преджелтушном периоде, отсутствие суставных болей, умеренные и сильные боли в животе, умеренный и сильный зуд кожи. Положительный симптом Курвуазье, большая (более чем на 4,5 см выступающая из-под реберной дуги), обычно плотная печень, пониженное питание.

Однако малоизмененные показатели белкового обмена, нормальная или незначительно измененная активность аминотрансферраз при резко увеличенной активности щелочной фосфатазы, повышенном содержании холестерина в крови позволяют склониться в пользу желтухи подпеченочной природы.

Резюмируя, можно сказать, что в первый период клинических проявлений рака головки поджелудочной железы функции печени мало изменены, при вирусном же гепатите - наоборот. В дальнейшем, при развитии длительной механической желтухи, функции печени значительно нарушаются. Помогает правильно поставить диагноз рака - УЗИ.

* ***Болезни крови***

Общим симптомом у больных с болезнями крови и вирусным гепатитом является - желтуха, увеличение печени, повышение температуры, озноб, общая слабость. Но болезни крови характеризуются выраженной температурной реакцией, ознобами, светлой мочой, темно-коричневым калом. Для полного уточнения диагноза нужно провести биохимическое исследование крови, общий анализ крови.

* ***Токсический и лекарственный гепатит***

Среди печеночноклеточных желтух нередко значительные трудности возникают при разграничении вирусного гепатита от токсического (отравления хлорированными углеводородами, хлорированными нафталинами и дифенилами, бензолами, металлами и металлоидами) и лекарственного.

Диагноз токсического гепатита основывается на анамнестических данных о контакте с ядом, наличии анурии, азотемии. Билирубин крови и активность аминотрансфераз при сравниваемых гепатитах изменяются одинаково. Диагностическое значение имеет определение осадочных проб, белковых фракций, которые находятся в пределах нормы при токсических повреждениях печени. Креатинин, мочевина, щелочная фосфатаза, ГГТП крови в отличие от вирусного гепатита значительно повышены. Развитие желтухи может быть связано с употреблением ряда лекарственных препаратов, производных фенотиазина, антидепрессантов (ингибиторы МАО, ипразид и др.), противотуберкулезных препаратов (пиразинамид, этионамид, ПАСК, гидразид изоникотиновой кислоты), антибиотиков (тетрациклины и др.), андрогенов и анаболических стероидов (метилтестостерон, метандростенолон, неробол, ретаболил и др.), антитиреотоксических средств (мерказолил, метилтиоурацил), иммунодепрессантов, цитостатиков и антиметаболитов (циклофосфан, тиофосфамид и др.), средств для наркоза (фторотан).

Диагностика медикаментозного гепатита основывается на анамнестических сведениях (прием гепатотоксических препаратов). Заболевание начинается остро с признаков нарушения пигментного обмена. Характерно отсутствие преджелтушного периода. В некоторых случаях развитию желтухи предшествуют признаки аллергизации организма (уртикарная сыпь, зуд кожи, боли в крупных суставах, эозинофилия). Печень, как правило, не увеличена, безболезненна. Активность аминотрансфераз повышена незначительно. Отмена токсического препарата устраняет признаки гепатита обычно через 10-15 дней. Следует заметить, что существует такой термин, как неспецифический реактивный гепатит, т. е. вторичный гепатит, при большом числе заболеваний, имеющий синдромное значение. Он отражает реакцию печеночной ткани на внепеченочное заболевание или очаговое заболевание печени. Неспецифический реактивный гепатит вызывается рядом эндогенных и экзогенных факторов, к которым помимо вышеперечисленных относят заболевания желудочно - кишечного тракта, коллагенозы, болезни эндокринных желез, ожоги, послеоперационные состояния, злокачественные опухоли различной локализации и многие другие. При этом клинико-лабораторные показатели неспецифического реактивного гепатита нерезко изменены, течение доброкачественное, возможна полная обратимость изменений печени при устранении вызвавшего их основного заболевания.

#### Обоснование клинического диагноза

**Диагноз :** Острый вирусный гепатит «А», желтушный вариант, средне - тяжелая форма.

Диагноз поставлен на основании:

*1)* **жалоб***:* На момент осмотра больная предъявляет жалобы на общую слабость, вялость, тяжесть в правом подреберье, изредка головную боль, головокружение, желтужность склер.

*2*) **анамнеза***:* Женщина считает себя больной с 26.09.03г., когда поднялась температура до 38°С, появилась слабость, головная боль, головокружение. С 29.09.03г. (3 день болезни) больная отмечает изменение окраски мочи и стула. Появилась тошнота, снижение аппетита, рвоты не было. Температура в этот период 37,2-37,5°С. Длительность продромального периода - 5 дней. Тип продромального периода-гриппоподобный, с присоединением явлений обменного токсикоза. К врачу не обращалась. 01.10.03г. (5 день болезни) появилась иктеричность склер и кожи. Доставлена машиной «СП» в РИБ 01.10.03 в 21.30 (5 день болезни, 1 день желтухи) с диагнозом: Вирусный гепатит. Температура при поступлении 36,8°С.

*3*) **данных объективного исследования***:* краевая субиктеричность склер, при пальпации печень на 1,5 см от края реберной дуги.

*4)* **данных лабораторно-инструментальных исследований:**

Анализ мочи от 02.10.2003.

##### Цвет – тёмно-желтый

##### Относительная плотность - 1020

Реакция - кислая

Белок-0

Глюкоза-0

Билирубин-1

Биохимический анализ крови от 03.10.2003

Билирубин общий – 137 мкмоль/л (Норма до 20,5 мкмоль/л)

Прямой билирубин- 99 мкмоль/л

Непрямой билирубин- 38 мкмоль/л

АлАТ > 35 ммоль/ч. л.

тимоловая проба – 41 ед. (Норма 12-14 ед.)

Можно отметить повышение общего билирубина и появление его прямой фракции.

Протромбиновый индекс

* 02.10.2003: 65 % (Норма 80-100%)
* 03.10.2003: 69 % Отмечается снижение протромбинового индекса.

ИФА от 06.10.2003

* ***анти - HAV IgM* (+)**

##### ***HbsAg -*** не обнаружен

Суммарных антител к HCV не выявлено.

***Диагноз:*** Острый вирусный гепатит «А», желтушный вариант, средне - тяжелая форма - поставлен на основании присутсвующих у больного 3 синдромов:

* Мезенхимально-воспалительный синдром - повышение показателя тимоловой пробы до 41 ед. (при норме 12-14 ед.) является косвенным признаком диспротеинемии.
* Синдром цитолиза

1) Повышение показателя АлАТ > 35 ммоль/ч. л. (при норме 0,5-0,7 ммоль/ч. л.)

2) Снижение протромбинового индекса до 65 % (при норме 80-100%).

1. Повышение показателя тимоловой пробы.

* Синдром холестаза – на основании наличия синдрома холестаза диагностируется желтушный вариант течения заболевания.

#### Лечение

***Общие принципы лечения***

Лечение ВГ должно способствовать уменьшению интоксикации, снижению функциональной нагрузки на печень, предупреждению генерализованного некроза гепатоцитов, а также формированию хронического гепатита. Особенно трудной является терапия при тяжелых формах заболевания, осложненных острой печеночной недостаточностью. При легких и среднетяжелых формах все больные в остром периоде заболевания должны соблюдать полупостельный режим, при тяжелом течении болезни - постельный. Постепенное расширение двигательной активности возможно с наступлением пигментного криза. Необходимо строгое соблюдение общегигиенических правил, в том числе гигиены полости рта и кожи. В случаях упорного зуда кожи показаны протирания ее раствором пищевого уксуса (1:2), 1% раствором ментолового спирта, горячий душ на ночь. Важным элементом ухода за больными являются контроль над суточным балансом жидкости, регулярностью дефекации. Задержка стула способствует усилению кишечной аутоинтоксикации, поэтому следует стремиться к тому, чтобы стул был ежедневно. При его задержке показаны слабительные средства растительного происхождения, магния сульфат (10-15 г) или пищевой сорбит (15-30 г) на ночь. Последние способствуют также рефлекторному желчеоттоку. Индивидуальная доза должна быть такой, чтобы кал был мягкооформленным, не более 2 раз в сутки. Правильной коррекции питания соответствует лечебная диета № 5. Она содержит 90 -100 г белков, 80 -100 г жиров, 350 - 400 г углеводов, основные витамины (С - 100 мг, В - 4 мг, А - 2-3 мг, РР - 15 мг). Калорийность - 2800-3000 ккал. Диета должна быть механически и химически щадящей. Разрешаются вареные, тушеные и запеченные блюда. Пищу подают в теплом виде, дробно (4-5 раз в сутки).

Запрещаются острые, соленые, жареные блюда, острые приправы и маринады, чеснок, редька, редис, шоколад, торты. Исключаются свинина, консервы и тугоплавкие жиры. В целях детоксикации количество свободной жидкости увеличивают до 1,5-2,0 л/сут. В качестве напитков используют некрепкий чай, фруктовые и ягодные соки, отвар шиповника, 5% раствор глюкозы. Запрещаются консервированные и содержащие алкоголь напитки.

Больным со среднетяжелым и тяжелым течением целесообразно назначение диеты №5а, которая заменяется диетой № 5 после пигментного криза. В диете №5а все блюда подают в протертом виде, ограничено содержание жиров до 50-70 г, поваренной соли до 10-15 г, снижена калорийность до 2500-2800 ккал. У больных с анорексией, многократной рвотой энтеральное питание затруднено. Даже кратковременное голодание крайне неблагоприятно воздействует на патологический процесс. В этих случаях энергозатраты компенсируют парентеральным введением концентрированных растворов глюкозы, официнальных аминокислотных смесей. При гепатите «А», для которого характерно острое, в основном доброкачественное, циклическое течение, назначение противовирусных средств не показано. При легком течении, кроме охранительного режима и диетического питания, показано применение комплекса витаминов в среднетерапевтических дозах. Может быть дополнительно назначен рутин в сочетании с аскорбиновой кислотой (аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день).

В случаях отсутствия пигментного криза в течение недели от начала периода разгара заболевания (максимального значения билирубинемии) применяют энтеросорбенты (микрокристаллическая целлюлоза или АНКИР-Б по 2,0-3,0 г; гидролизная целлюлоза - полифепан, билигнин по 0,5-1,0 г/кг, угольные гранулированные сорбенты типа СКН-П, КАУ, СУГС и др.). Энтеросорбенты назначают обычно на ночь через 2-3 часа после последнего приема пищи или лекарств. Их нельзя сочетать с другими лекарственными препаратами или приемом пищи во избежание так называемого "синдрома обкрадывания". В случаях среднетяжелых форм заболевания дополнительно к вышеуказанным средствам назначают ферментные препараты для усиления пищеварительной функции желудка и поджелудочной железы (панкреатин, креон, ликреаза, мезим форте, панцитрат, фестал, энзистал, панзинорм, юниэнзайм, зимоплекс, панкреофлат, абомин и др.), которые принимают во время или непосредственно после приема пищи. Проводится инфузионно-дезинтоксикационная терапия, для чего внутривенно капельно вводят 800-1200 мл 5% раствора глюкозы с соответствующим количеством инсулина (1 ЕД на 4 г глюкозы), к которой добавляют 20-30 мл рибоксина. Дополнительно внутривенно (через систему для введения раствора глюкозы) вводят 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты 2 раза в сутки. В качестве средств неспецифической дезинтоксикации можно использовать гемодез (внутривенно капельно по 400 мл через день). При резком снижении аппетита с целью энергообеспечения применяют концентрированные (10-20%) растворы глюкозы с соответствующим количеством инсулина в сочетании с панангином (10-20 мл), калием хлорида (50 мл 3% раствора на 400 мл раствора глюкозы). Вместо глюкозо-калиевых смесей можно вводить раствор Лабори (10% раствор глюкозы - 400 мл, калия хлорида - 1,2 г, кальция хлорида - 0,4 г, магния сульфата - 0,8 г). При тяжелом течении необходимо усиление неспецифической дезинтоксикации путем трехкратного в течение суток приема энтеросорбентов и 5% раствора альбумина, плазмы или протеина (по 250-500 мл). Гемодез вводят ежедневно, но не более 400 мл/сут в течение четырех дней подряд. В случаях анорексии используют концентрированные полиионные энергетические растворы, аминокислотные смеси (аминостерил, гепастерил, гепатамин и т.п.), предназначенные для лечения больных с печеночной недостаточностью. Витамины раздельно или в комплексном препарате эссенциале вводят парентерально (эссенциале по 20 мл 2 раза в сутки в 250 мл 5% раствора глюкозы внутривенно медленно, со скоростью 40-50 капель/мин). Назначается гипербарическая оксигенация (время сеанса - 45 мин, парциальное давление кислорода - 0,2 МПа) 1-2 раза в сутки в течение 10 дней. При отсутствии эффекта (ухудшение состояния больного на фоне проводимой комплексной патогенетической терапии) показаны глюкокортикостероиды в эквивалентных преднизолону дозах - не менее 60 мг/сут внутрь или 120 мг/сут парентерально. Применение преднизолона предполагает обязательное дробное питание, при необходимости - использование антапидных препаратов для предупреждения образования стероидных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Если глюкокортикостероиды не приводят к улучшению состояния больного в течение 2-3 сут или в случаях воздержания от их использования показана экстракорпоральная детоксикация (гемосорбция, плазмаферез с частичным плазмообменом, плазмосорбция, ультрафильтрация.

При затяжном течении обязательны выявление и санация возможных очагов инфекции. Показан повторный курс введения инфузионно-дезинтоксикационных средств с применением полиионных растворов глюкозы (типа Лабори), аминокислотные смеси. Назначают гепатопротекторы на 1-3 мес.: производные силимарина (легален, карсил, лепротек, силегон, силимар, сиромин), препараты из экстрактов растений (гепалив, гепатофальк, гепабене), эссенциале, рибоксин, калия оротат. Целесообразны гипербарическая оксигенация (1 раз в сутки в течение 10 дней, возможны повторные курсы), УФО крови.

В комплексе с другими средствами, в зависимости от результатов иммунологических исследований, рекомендуется иммунокорригирующая терапия препаратами тимуса (тималин, тимоген, тактивин по 1 мл парентерально 1 раз в сутки в течение 5-10 дней), лейкинфероном (по 1 ампуле внутримышечно через день, на курс 5-10 инъекций), интерлейкином-2 (ронколейкин по 0,5-2 мг внутривенно капельно через 2-3 дня, на курс до 5 введений), интерлейкином (беталейкин по 15 нг/кг внутривенно капельно ежедневно в течение 5 сут); возможны повторные курсы после незначительного перерыва.

При продолжительной постгепатитной гипербилирубинемии могут быть использованы производные желчных кислот (урсофальк, урсосан), адеметионина (гептрал). При наличии гипербилирубинемии с преобладанием непрямой фракции применяется фенобарбитал. Терапию в случаях затяжного течения проводят в сочетании с ферментными препаратами, регулирующими пищеварительную функцию желудочно-кишечного тракта, на фоне продолжающегося использования энтеросорбентов. При наличии холестатического синдрома следует воздерживаться от применения глюкокортикостероидов, несмотря на высокую степень билирубинемии. Кроме патогенетических средств, рекомендованных для лечения больных различных степеней тяжести, особое внимание уделяют неспецифической дезинтоксикации, в частности энтеросорбции. В целях стимуляции желчеотделения в диету включают дополнительное количество овощей, особенно салатов с растительными маслами. Необходимо назначение жирорастворимых витаминов А и Е, адсорбентов желчных кислот (холестирамин 10-16 r/сут в 3 приема, билигнин по 5-10 г 3 раза в сутки), производных желчных кислот (урсофальк, урсосан по 10-15 мг/(кг o сут), гептрала. Гептрал в первые 2 нед может вводиться парентерально по 800 мг ежедневно с последующим переходом на пероральный прием по 2-4 таблетки в течение 1-3 мес. Желчегонные средства (аллохол, хофитол, одестон, холагогум, холагол, никодин и др.) показаны при появлении признаков отхождения желчи, на что указывает фрагментарная окраска кала. Для быстрого восстановления физической и умственной работоспособности реконвалесцентов, ускорения процессов восстановления собственно функций печени применяются актопротектор - бемитил (по 0,25-0,5 г внутрь 2 раза в день) и нейропептид - аргининвазопрессин (по 50 мг интраназально утром и днем в течение 2 дней подряд с интервалами в 1 нед).

***План лечения больного***

**1.** **Режим палатный**.

**2.** **Диета № 5**.

Наряду с правильным соотношением белков – 90 -100 г, жиров – 80 -100 г и углеводов – 350 - 400 г (в пересчете на 1 кг массы тела примерно 1,5-1,2-5,5 г), она должна содержать основные витамины (С-100 мг, В1-4мг, РР-15 мг, А-2-4 мг), химические элементы (Са-0,8 мг, Р-1,6 г, Mg-0,5 г,

Fe-15 мг). Количество свободной жидкости составляет примерно 1,5-2 литра при некотором ограничении поваренной соли (10 г). Белки-50% животных и 50% молочных и растительных, жиры-80-85% сливочного, 15-20% растительных масел, углеводы-80% поли-, 20% - моносахаридов (пищевой сахар). Обычная энергетическая ценность – 11,723-12,560 кДж (2800-3000 ккал).

Диета должна быть механически и химически щадящей. Принципиально важен способ приготовления блюд. Жареные блюда исключаются, поскольку они содержат токсичные продукты неполного разложения жира (акролеин, альдегиды). Разрешаются варёные, запечённые и тушеные блюда (после предварительного отпаривания). Жиры не растапливают, а добавляют в натуральном виде. Блюда готовят без соли, а установленное ее количество добавляют во время еды. Овощи с особенно высоким содержанием клетчатки (свёкла, морковь, капуста) рекомендуются в протёртом виде. Протирают также жилистое мясо. Важное значение имеет рациональное сочетание пищевых ингридиентов, например творог предпочтителен с добавлением молока или молочнокислых продуктов. Пищу подают теплую, но не излишне горячую. Холодные блюда не показаны, поскольку могут способствовать дискинезии желчных путей. Не рекомендуются также мясные супы, богатые экстрактивными веществами. Питание дробное, 4-5 –кратное. Дополнительные приемы пищи-второй завтрак, полдник-призваны разгрузить основные трапезы. Ужин должен быть лёгким-не более 20% общей энергетической ценности.

При отборе продуктов непременным условием являются их безукоризненная полноценность и свежесть. Суточное количество хлеба составляет от 200 до 300 г, с учетом привычного для больного объема, в основном пшеничного, иногда-с добавлением ржаного. Хлеб разрешают вчерашней выпечки или подсушенный, свежий хлеб не рекомендуют. В качестве основных напитков больным предлагают (по вкусу) некрепкий чай,чай с молоком, можно с вареньем или с мёдом, лимоном, фруктовые и ягодные соки, отвар шиповника, некрепкий кофе с молоком. Крепкий чай и кофе, какао, квас не разрешаются. Любые алкогольсодержащие напитки запрещаются категорически.

**3. Поливитамины** - поддержание обменных процессов

* **Драже «Ревит»** - Принимать по 1 драже 3 раза в день за 10-15 минут до еды.

Содержат ретинола ацетата 0, 00086 г или ретинола пальмитата 0, 00138 г, т.е. 2500 МЕ, тиамина хлорида 0, 001 г или тиамина бромида 0, 00129 г, рибофлавина 0, 001 г, кислоты аскорбиновой 0, 035 г. Применяют в качестве профилактического средства при повышенной физический и психический нагрузке, беременности, общих нарушениях питания, в период выздоровления после инфекционных заболеваний и др.

Форма выпуска: драже оранжевого цвета (а также таблетки того же состава, покрытые оболочкой) по 50 или 100 драже в банках оранжевого стекла.

**4. Спазмолитики** – для улучшения гемодинамики и оттока желчи.

* **Но-Шпа** – Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в день.

1-(3, 4-Диэтоксибензилиден)-6, 7-диэтокси-1, 2, 3, 4-тетрагидроизохинолина гидрохлорид.

Синонимы: Drotaverinum, Drotaverine hydrochloride, Deprolen, Dihydroethaverine, Nospan, Nospasin, Tetraspasmin.

Кристаллическое вещество светло-желтого цвета без запаха. Растворим в воде и спирте. По химическому строению и фармакологическому действию весьма близок к папаверину, обладает более сильной и более продолжительной спазмолитической активностью.

Применяют при спазмах желудка и кишечника, спастических запорах, приступах желчно - и мочекаменной болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (лучше в сочетании с холинолитиками), иногда при спазмах периферических сосудов (эндартериит и др.).

Принимают внутрь по 0, 04 - 0, 08 г (1 - 2 таблетки) 2 - 3 раза в день. При необходимости вводят ту же дозу (2 - 4 мл 2 % раствора) внутримышечно. При приступах печеночной и почечной колики и стенокардии вводят 2 - 4 мл 2 % раствора внутривенно (медленно!). При нарушениях периферического кровообращения (облитерирующий эндартериит) иногда вводят внутриартериально (медленно!) .

Препарат обычно хорошо переносится. При парентеральном введении возможны чувство жара, головокружение, сердцебиение, потливость. Описаны случаи аллергического дерматоза.

Формы выпуска: таблетки по 0, 04 г в упаковке по 100 штук; 2 % раствор в ампулах по 2 мл (0, 04 г) в упаковке по 5 или 50 ампул. Хранение: список Б.

**5. Сорбит** 5% - 100,0 мл, натощак. Слабительный и мягкий желчегонный эффект.

**6. Активированный уголь** – по 2 таблетки 3 раза в день.

Таблетки угля активированного (Тabulettaе Сarbonis aсtivati).

Синонимы: Карболен, Саrbolenum.

Таблетки, содержащие по 0, 5 или 0, 25 г активированного угля. Более удобны для применения, чем активированный уголь в порошке; обладают, однако, несколько меньшей адсорбционной активностью, так как содержат наполнители (крахмал, желатин, сахарный сироп и др.), уменьшающие адсорбирующую поверхность. Принимают главным образом при метеоризме и диспепсии по 1 - 2 - 3 таблетки 3 - 4 раза в день. Форма выпуска: таблетки в упаковке по 10 штук.

Черный порошок без запаха и вкуса. Практически нерастворим в обычных растворителях.

Уголь животного или растительного происхождения, специально обработанный и обладающий в связи с этим большой поверхностной активностью, способный адсорбировать газы, алкалоиды, токсины и др.

Применяют при диспепсии, метеоризме, пищевых интоксикациях, отравлениях алкалоидами, солями тяжелых металлов и др.

При применении угля активированного (и его разновидностей) возможны запор или понос, обеднение организма витаминами, гормонами, жирами, белками.

Противопоказано применение угля активированного при язвенных поражениях желудочно-кишечного тракта, желудочных кровотечениях.

В связи с адсорбционными свойствами, уголь активированный способен уменьшать эффективность одновременно принимаемых лекарственных средств.

Кал после приема угля активированного окрашивается в черный цвет. Уголь активированный хранят в сухом месте отдельно от веществ, выделяющих в атмосферу газы или пары.

**7. Полифепан** (Роlyphepanum) – 15,0 3 раза в день

Препарат, получаемый при переработке лигнина - продукта гидролиза углеводных компонентов древесины.

Темно-коричневый аморфный порошок без запаха и вкуса. Практически нерастворим в воде. Препарат обладает высокой адсорбциониой способностью и при приеме внутрь способен адсорбировать бактерии в желудочно-кишечном тракте.

Применяют при заболеваниях желудочно-кишечного тракта инфекционной и неинфекционной природы, сопровождающихся поносом, метеоризмом, общей интоксикацией.

При тяжелых формах инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта применяют в дополнение к антибактериальной терапии.

Назначают внутрь в виде гранул или пасты (перед едой) взрослым по 1 столовой ложке 3 - 4 раза в день. Перед употреблением размешивают препарат в стакане воды в течение 2 мин, затем медленно выпивают. Курс лечения 5 -7 дней.

Препарат обычно хорошо переносится; не вызывает запора и дисбактериоза. Имеются указания, что полифепан оказывает гипохолестеринемическое действие.

Формы выпуска: гранулы, содержащие 50 %; паста (на воде), содержащая 40 % полифепана.

Хранение: в прохладном сухом месте.

Этапный эпикриз

Больная, Кулдашева Юлия Владимировна, 25 лет.

Поступила в РИБ 01.10.2003г. на 5 день болезни и 1 день желтухи в состоянии средней степени тяжести, с диагнозом направления: Вирусный гепатит.

Заболела 26.10.2003 г., остро, преджелтушный период протекал по гриппоподобному типу, в течение 5 дней. Врачом не наблюдалась, лекарственных препаратов не принимала.

Желтушный период протекал с выраженной желтухой, резко выраженным симптомом интоксикации (недомогание, общая слабость, головная боль, головокружение, лихорадка, снижение аппетита (вплоть до полного отказа от еды)), увеличением печени на 1,5 см и с нарушением ее функций (Билирубин общий – 137 мкмоль/л, прямой билирубин- 99 мкмоль/л, непрямой билирубин- 38 мкмоль/л, АлАТ > 35 ммоль/ч.л., тимоловая проба – 41 ед., протромбиновый индекс 69%). Течение желтушного периода гладкое, без обострений. С 12 дня желтушного периода наступило улучшение общего состояния, исчезли симптомы интоксикации, отметился спад желтухи, сокращение размеров печени, положительная постепенная динамика биохимических показателей.

Вывод об источнике и пути заражения на основании полученных данных эпид. анамнеза сделать сложно. Выявлено: Отсутствие горячей воды на работе, удовлетворительное санитарное состояние уборной на работе - не всегда чистая, часто отсутствие туалетной бумаги и мыла. Всвязи с вышеприведенными факторами возможен фекально-оральный механизм передачи возбудителя. Об этом свидетельствует обнаруженный анти - HAV IgM (+). Источник инфекции неизвестен.

На основании анамнестических, клинических и лабораторных данных поставлен **Клинический диагноз :**

* Острый вирусный гепатит «А», желтушный вариант. Заболевание протекало в средне - тяжелой форме.

***Больной назначено:***

* Режим палатный.
* Диета № 5.
* Драже «Ревит» - по 1 драже 3 раза в день за 10-15 минут до еды.
* Но-Шпа – внутрь по 1 таблетке 3 раза в день.
* Сорбит 5% - 100,0 мл, натощак.
* Активированный уголь – по 2 таблетки 3 раза в день.
* Полифепан– 15,0 3 раза в день

Помимо базисной терапии больная получала внутривенные ка-пельные вливания 10% раствора глюкозы + Инсулин 4 ЕД - с витаминами, с рибоксином (10 мл). Также больная двукратно получала гемодез по 200,0 внутривенно, капельно – в течение 2 дней после поступления.

Больная продолжает лечение в РИБ.

Результаты последнего биохимического анализа крови (22.10.2003):

* Билирубин общий – 29 мкмоль/л
* Прямой билирубин- 19 мкмоль/л
* Непрямой билирубин- 10 мкмоль/л
* АлАТ – 5,28 ммоль/ч.л.
* АсАТ – 1,14 ммоль/ч.л.

***Критерии выписки из стационара***

1. Хорошее общее состояние больных.

2. Отсутствие желтушного окрашивания кожных покровов и склер.

3. Уменьшение печени до нормальных размеров или четко выраженная тенденция к ее сокращению. В отдельных случаях можно допустить выписку при увеличении печени, не более 1-2 см, при тенденции к ее уменьшению

4. Нормализация уровня билирубина в сыворотке крови и активности трансаминаз, отсутствие желчных пигментов в моче. Допускается выписка отдельных больных при повышении уровня трансаминаз не более, чем в 2 раза по сравнению с верхней границей нормы, при наличии выраженной тенденции к ее снижению.

#### Диспансеризация

После выписки все переболевшие подлежат обязательной диспансеризации. Ее организация и содержание должны зависеть от характера остаточных явлений и последствий перенесенного заболевания. В процессе диспансерного наблюдения первый контрольный осмотр должен проводиться не позже, чем через 1 мес. При отсутствии у реконвалесцентов, перенесших гепатит «А» каких-либо клинико-биохимических отклонений, они могут быть сняты с учета. При наличии остаточных явлений переболевшие наблюдаются по месту жительства, где проходят контрольные осмотры не реже 1 раза в месяц и снимаются с учета через 3 мес. после исчезновения жалоб, нормализации размеров печени и функциональных проб. Все реконвалесценты в течение 3-6 мес. нуждаются в освобождении от тяжелой физической работы, профилактических прививок. Нежелательно проведение плановых операций, противопоказано применение гепатотоксичных медикаментов. Алкоголь должен быть исключен в любых дозах и в любом виде. По наблюдениям многих исследователей, при выписке из стационара полное выздоровление отмечается в 70-90% случаев, у остальных могут наблюдаться различные постгепатитные синдромы: астеновегетативный (по нашим данным у лиц молодого возраста в 9,9%), гепатомегалия (3,3%), функциональная гипербилирубинемия (2,9%), дискинезия желчевыводящих путей (8,9%). Динамическое наблюдение в течение 6 мес. показало, что полное выздоровление наступало у 93,4% реконвалесцентов, рецидивы и обострения гепатита - у 1,5% обследованных лиц. Случаев формирования хронического гепатита не отмечалось.

***Рекомендации больному***

**Больным ВГ и после перенесенного ВГ разрешатся**:

* Молоко, кисломолочные продукты, творог.
* Отварное и паровое нежирное мясо - говядина, куры, кролик.
* Отварная нежирная рыба.
* Блюда и гарниры из овощей - картофель, морковь, свекла, свежая и некислая квашеная капуста, зеленый горошек, помидоры, свежие огурцы.
* Некислые фрукты и ягоды, варенье, мед.
* Супы крупяные, овощные, фруктовые.
* Различные каши и макаронные изделия.
* Хлеб, преимущественно пшеничный, грубого помола, вчерашний.
* Печение и др. изделия из несдобного теста.

**Ограничивается**:

* Мясные, куриные, рыбные супы - не чаще 1-2 раза в неделю.
* Сливочное масло / 30-40 гр. в день/, часть жиров вводится в виде растительного масла, сметаны для заправки.
* Яичный желток - не более 1-2 раза в неделю /белок чаще/.
* Сыр - в небольшом количестве, неострые сорта.
* Сосиски говяжьи, колбаса докторская, 2-3 раза в неделю.

**Запрещается:**

* Все виды жареных, копченых, соленых продуктов.
* Свинина, баранина, гуси, утки.
* Острые приправы - горчица, хрен, перец, уксус.
* Редька, лук, часнок, грибы, орехи, щавель.
* Кондитерские изделия.
* Какао, черный кофе, мороженое.
* Фасоль, бобы.

***Прогноз и его обоснование.***

В данном случае благоприятный, т.к. больная молодого возраста, не имеющая сопутствующих заболеваний, проживающая в нормальных условиях.

После выписки желательно соблюдать личную гигиену и диету.

***Список используемой литературы***

* Яхонтова О.И., Рутгайзер Я.М., Валенкевич Л.Н. Дифференциальный диагноз основных синдромов при заболеваниях внутренних органов/Учебное пособие. Петрозаводск, 1995. 296 с.
* Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. С-Пб: Медицина, 1987. 264 с.
* Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н. Вирусные гепатиты. Рига: Звайгзне, 1988. 412 с.
* Безпрозванный Б.К. Сравнительная патология и патогенез

вирусных гепатитов. Л., 1969. 175 с.

* Справочник по дифференциальной диагностике инфекционных болезней/Под ред. Фролова А.Ф., Угрюмова Б.Л., Тринус Е.К. Киев: Здоров'я,1987. 288 с.
* Инькова А.Н. О чем говорят анализы. Серия «Медицина для Вас». Ростов н/Д: Феникс, 2001. 96 с.
* А.Н. Окороков «Лечение болезней внутренних органов». Витебск, 1998 г.
* Е.П. Шувалова «Инфекционные болезни.» М.: Медицина, 1990. 560 с.
* Схема оформления истории болезни инфекционного больного.
* Лекционный материал.