1. **Паспортные данные.**
2. ФИО: x
3. Возраст 17 лет
4. Место жительства Калининский р-он,
5. Место работы ,должность школа №136, 11 класс
6. Дата поступления 13 января
7. Диагноз с которым больной направлен в стационар: вирусный гепатит

Клинический диагноз: острый вирусный гепатит группы В (HbsAg+), C (HCVAB общ.+), легкой степени тяжести, период реконвалесценции.

Сопутствующие заболевания: ВСД по гипертоническому типу.

1. **Жалобы больного.**

На момент курации больной предъявляет жалобы на неинтенсивную головную боль, слабость.

1. **Анамнез болезни.**

Считает себя больным с 7 января когда впервые на фоне общего благополучия заметил потемнение мочи, ко врачу не обратился, так продолжалось до 14 января, когда больной заметил желтушность склер, кожных покровов, моча посветлела, с появлением желтухи ощутил недомогание, отмечалась температура 37,2 °С . 14 января вызвал на дом врача и был госпитализирован в больницу им. Боткина. С 21января желтуха стала угасать и 4 февраля исчезла, субиктеричность склер сохранялась до 12 февраля.

1. **Эпидемиологический анамнез.**

Контакт с инфекционными больными, гемотрансфузии за последние 6 месяцев отрицает. Живёт в отдельной квартире на 10 этаже с семьёй, содержит 2 здоровых собак, пьёт сырую воду. Стоматолога последние 6 месяцев не посещал, в октябре-ноябре 1998 г. сдавал кровь в поликлинике для анализов. Употребление наркотических веществ отрицает. Венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает.

1. **Анамнез жизни.**

Родился в Ленинграде в семье рабочих. Роды были осложнены асфиксией новорожденного (обвитие пуповины), в физическом развитии отставал от сверстников, отмечались частые ОРЗ, из детских инфекций переболел ветряной оспой в 7 лет, в связи с ВСД на физкультуре в школе занимался в восстановительной группе. Остался на второй год в 11 классе в связи с длительным заболеванием трахеобранхитом.

Материально-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное, полноценное.

Курит с 14 лет по 1-2 пачки в день (сигареты). Алкоголем не злоупотребляет, приём наркотических веществ отрицает.

Половая жизнь с 15 лет, беспорядочная, последний половой контакт 1января.

Отмечает аллергическую реакцию на пенициллин.

1. **Данные физикального обследования.**

(на день курации)

35-ый день болезни.

28-ой день пребывания в стацоинаре.

Температура тела 36, 7 °С.

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное. Положение активное. Нормостенического типа телосложения, умеренного питания. Внешний вид не соответствует возрасту (выглядит младше). Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности, тургор кожи сохранён. Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно, толщина складки на уровне пупка 1,5 см. отёков нет. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые.

Склеры субиктеричны по периферии, влажная, чистая. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, налетом не обложен, сосочки выражены. Пальпируются подчелюстные и подбородочные лимфоузлы овальной формы, размерами 1 на 0,5 см, эластической консистенции, с подлежащими тканями не спаяны, безболезненные.Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Верхушечный толчок визуально не определяется.Пульс симметричный, частотой 70 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Верхушечный толчок не пальпируется. Перкуторные границы сердца в пределах нормы. АД 130/80 мм рт ст.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания- брюшной. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Форма грудной клетки правильная, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются. Грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание симметричное, не изменено. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. Над всеми аускультативными точками выслушивается жёсткое дыхание. Хрипов нет.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок втянут.
Поверхностная пальпация: Живот мягкий, безболезненный. Глубокая пальпация: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

Нижний край печени острый, ровный, мягкооэластичный, безболезненный, выходит из под края реберной дуги на 1,5 см; Поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус - отрицательные. Селезенка не пальпируется.

Размеры печени по Курлову: по правой седнеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 7 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеоксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

# МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

## В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом покалачивания по поясничной области отрицательный.

# НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

# Сознание ясное, речь не изменена, отмачается апатичность, некоторое безразличие к окружаещему. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей. Глоточный, брюшной и сухожильно-периостальные рефлексы сохранены. Менингеальные симптомы отрицательные. Глазное яблоко, состояние зрачков и зрачковые рефлексы в норме.

## **7. Предварительный диагноз.**

## На основании данных анамнеза болезни (типичное развитие заболевания с цикличностью: потемнение мочи сменилось желтушностью кожных покровов, склер, при этом отмечалась лихорадка, с появлением желтухи самочувствие больного не улучшилось), эпидемиологического анамнеза (беспорядочные половые связи) и результатов физикального обследования (субиктеричность склер, печень выступает на 1,5 см из под края рёберной дуги, размеры печени по Курлову 10\*8\*7 см) можно поставить предварительный диагноз "вирусный гепатит с парентеральным механизмом инфецирования (B,C,D или G)".

## **8. Лабораторные данные.**

1. Клинический анализ крови (15.01.99):

Эритроциты- 4,4х10^12/л
Hb- 140 г/л
Цвет. показатель- 0,95
Лейкоциты- 5х10^9/л
 палочкоядерные- 8%
 сегментоядерные- 43%
 Лимфоцитов- 47% (норма 18-40%)
 Моноцитов- 2%
CОЭ- 3 мм/ч
 В периферической крови выявляется лимфоцитоз, обусловленный вирусным поражением организма.

1. Общий анализ мочи (15.01.99):

Цвет светло-желтый Белок 0
Прозрачность Прозрачная Сахар 0
Реакция нейтральная

Уд. вес 1,005 (норма 1,008-1,026) Лейкоциты 1-3 в поле зрения
Эпителий плоский 0-1 в поле зрения
Снижена относительная плотность мочи-гипостенурия.

3. Биохимический анализ крови (15.01.99)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Число/показатель | Белок общийгр/лнорма 65-85 гр/л | Билирубин общиймк моль/лнорма:до 20 мк моль/л | АлАТед.норма до 40 ед. | АсАТед.норма до 40 ед. | Тимоловая пробаВСЕНорма до 5 ВСЕ | Сулемовая пробаМлНорма 1,8-2,5 мл |
| 15.01.99 | 74 | 85 | 1631 |  | 9,1 | 1,5 |
| 28.01.99 | - | 47 | 493 | 144 | 9,0 | 1,7 |

Протеинограмма (28.01.99):

Альбумины -62,1

Глобулины- α1-2,5%, α2-7,6%, β-9,8%, γ-18,0%
Биохимический анализ крови свидетельствует о билирубинэмии, повышении уровня трансаминаз, которые значительно снизились за 2 недели пребывания в стационаре; а так же о повышении тимоловой и снижении сулемовой проб по сравнению с нормой. Вирус гепатита поражает гепатоциты, поэтому данные биохимические показатели характерны для цитолитического синдрома.

4.Исследование кала.
Яйца глистов не обнаружены

5.Серологическое исследование (18.01.99).
Геп. А - HAV IgM (-) отрицательный
Геп. С - НCVАВ (+)положительный
Геп. В - HBsAg (+) положительный

Ф-50 (-)отрицательный; RW (-)отрицательный
 Нахождение HbsAg, НCVАВ подтверждает диагноз вирусного гепатита В, С и говорит, что на момент взятия крови для анализа больной находился в начальной фазе болезни.

**9. Дневник.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Состояние больного** | **Назначения**  |
| **11.02.99** | Жалобы на слабость, незначительную головную боль. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, склеры субиктеричны, язык влажный, розовый, тоны сердца ясные, пульс 70 в минуту, удовлетворительного наполнения, АД 130/80 мм рт ст, дыхание везикулярное, при поверхностной пальпации живота- живот мягкий безболезненный, при глубокой пальпации печень мягкоэластической консистенции, безболезненна, выступает на 1,5 см ниже рёберного края, размеры печени по Курлову- 10\*8\*7 см, отёков нет, диурез сохранён, моча светлая, стул самостоятельный, нормальный.  | Режим II#диета 5#Rp:caps. Essentiale D.t.d. № 50S. Внутрь по 2 капсулы 3 раза в день.#АЛОК |
| **12.02.99** | Состояние больного без динамики. Жалобы на слабость. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, склеры субиктеричны, язык влажный, розовый, тоны сердца ясные, пульс 63 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, АД 130/80 мм рт ст, дыхание везикулярное, при поверхностной пальпации живота- живот мягкий безболезненный, при глубокой пальпации печень мягкоэластической консистенции, безболезненна, выступает на 1,5 см ниже рёберного края, размеры печени по Курлову- 10\*8\*7 см, отёков нет, диурез сохранён, моча светлая, стул самостоятельный, нормальный. | Режим II#диета 5#Rp:caps. Essentiale D.t.d. № 50S. Внутрь по 2 капсулы 3 раза в день.#АЛОК |

**10. Дифференциальный диагноз.**

## Весь симптомокомплекс у данного больного позволяет поставить нам диагноз вирусного гепатита с парэнтеральным механизмом передачи. 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 него в эпидимиологическом анамнезе обращает на себя внимание беспорядочные половые связи. 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 (отвращение к курению, ухудшение аппетита, нарушение аккомодации).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.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. При лептоспирозе в крови определяется нейтрофильный лейкоцитоз и ускоренная СОЭ. 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 АлАТ при высоком уровне билирубина, изменены белковоосадочные пробы, что дает еще один "плюс" в пользу вирусного гепатита. И, наконец, лабораторные исследования, направленные на выявление возбудителя (бактериологический, серологический) дают выявление у больного HBsAg, HCVAB что позволяет окончательно поставить диагноз вирусного гепатита В и исключить лептоспироз.

## Трудна дифференциальная диагностика у данного больного вирусного гепатита и механических желтух, так как начало заболевания постепенное, без выраженных симптомов интоксикации, имела место желтуха, потемнение мочи, 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 увеличина (на момент поступления- 14.01.99 выступала на 4 см из под края рёберной дуги), безболезненна, 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, белково-осадочные пробы не изменены. При гепатитах и у больного наоборот. Решающими в дифференциальной диагностики этих заболеваний будут инструментальные методы (для подтверждения механической желтухи) и серологические (для подтверждения вирусного гепатита и его идентификации). Данные за поражение паренхимы печени и нахождение HbsAg, HCVAB позволяет отвергнуть механическую желтуху у данного больного.

## **11. Окончательный диагноз.**

## На основании данных анамнеза болезни (типичное развитие заболевания с цикличностью: потемнение мочи сменилось желтушностью кожных покровов, склер, при этом отмечалась лихорадка, с появлением желтухи самочувствие больного не улучшилось), эпидемиологического анамнеза (беспорядочные половые связи) и результатов физикального обследования (субиктеричность склер, печень выступает на 1,5 см из под края рёберной дуги, размеры печени по Курлову 10\*8\*7 см); лабораторных данных (биохимический анализ крови свидетельствует о билирубинэмии, повышение уровня трансаминаз, повышение тимоловой и снижение сулемовой проб по сравнению с нормой; обнаружение HbsAg, НCVАВ) позволяет поставить окончательный диагноз:

Основной диагноз: острый вирусный гепатит группы В (HbsAg+), C (HCVAB общ.+), легкой степени тяжести, период реконвалесценции.

Сопутствующие заболевания: ВСД по гипертоническому типу.

**12. Прогноз.**

## Прогноз для выздоровления неблагоприятный, так как у больного имеется сочетание вирусного гепатита В и С, а данных об излечении от вирусного гепатита С нет. Даже с учетом соблюдения диеты, отказа от вредных привычек прогноз для жизни сомнительный.

## **13. Эпикриз.**

Больной x 17 лет поступил в клинику 14 января 1999 года с диагнозом направившего учреждения "вирусный гепатит" в состоянии средней тяжести, с явлениями желтухи, отмечалась температура 37,2 °С , где было произведено лабораторное обследование, выявлено: билирубинэмия, повышение уровня трансаминаз-

 повышение тимоловой и снижение сулемовой проб по сравнению с нормой

 обнаружение HbsAg, НCVАВ и был установлен диагноз:

острый вирусный гепатит группы В (HbsAg+), C (HCVAB общ.+), легкой степени тяжести.

Сопутствующие заболевания: ВСД по гипертоническому типу

 На фоне проводимой терапии, соблюдении режима и диеты с 21января желтуха стала угасать и 4 февраля исчезла, субиктеричность склер сохранялась до 12 февраля.

## Состояние больного на момент курации удовлетворительное, готовится к выписке. Больному рекомендовано наблюдение у врача-инфекциониста в поликлиники минимум 6 месяцев и соблюдение диеты с исключением алкоголя, острого, жирного, жаренного.