**1.** **Жалобы**

На момент поступления в стационар больная предъявляет жалобы на: тяжесть в правом подреберье, потемнение мочи, посветление кала, повышение температуры тела, пожелтение кожи и склер, кожный зуд, отсутствие аппетита, тошноту, общую слабость, вялость.

На момент курации больная активных жалоб не предъявляет.

**2. Анамнез болезни (Anamnesis morbi)**

Считает себя больной с 24.10.12, когда заметила потемнение мочи, обратила внимание на быструю утомляемость, общую слабость.

27.10.12 Появилась тяжесть и тупая боль в правом подреберье, пропал аппетит. Появилась тошнота, не сопровождающаяся рвотой.

29.10.12 пожелтела кожа и видимые слизистые, повысилась температура тела, стул стал кашицеобразным и светлым. Стал беспокоить кожный зуд.

30.10.12 обратилась к участковому врачу за медицинской помощью в ЦРБ, где она была направлена на госпитализацию во вторую инфекционную больницу с предварительным диагнозом «Вирусный гепатит».

До поступления в стационар принимала омез, панкреатин, диазолин без положительной динамики.

Возможной причиной заражения является профилактическое посещение врача гинеколога по месту жительства, где был проведен осмотр в зеркалах.

**3. Анамнез жизни (anamnesis vitae)**

Родилась вторым ребенком в семье. Состояние здоровья родителей на момент рождения пациентки было удовлетворительным. Росла и развивалась нормально, от сверстников в психическом и физическом развитии не отставала. В школу пошла с 7 ми лет, училась хорошо. После школы окончила институт по специальности экономист.

Трудовую деятельность начала с 23х лет.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, одежда соответствует времени года.

Питание 3 раза в день, в еде преобладает жирная пища.

В течение жизни болела: ОРВИ, обструктивный бронхит, ветряная оспа, мочекаменная болезнь, невралгия, холецисто-панкреатит, гастродуоденит, ВГА в 1951 г.

Вредных привычек нет.

Наследственность не отягощена.

**4. Эпидемиологический анамнез**

Контакт с инфекционными больными отрицает.

Проживает в квартире. В семье 2 человека, муж здоров.

Иногда пьет сырую воду. Продукты питания покупает на рынке и в супермаркете. Питается в основном в кафе «Челентано», «Свеча», «Макдональдс».

Медицинские манипуляции за последние 6 месяцев: профилактическое посещение врача гинеколога по месту жительства, где был проведен осмотр в зеркалах.

Из города не выезжала.

Контакт с грызунами, другими животными отрицает.

Привита по возрасту.

Свое заболевание больная ни с чем не связывает.

5. **Аллергологический анамнез**

Имеет место аллергическая реакция на фуросемид – спазм сосудов, на цитрусовые, кофе – кожный зуд, сыпь.

Объективное обследование пациента

(Status presents)

Осмотр проводится на 10-й день болезни.

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица спокойное. Движения свободны.

Телосложение гиперстеническое. Рост 163 см, вес 85 кг.

Кожа и видимые слизистые желтого цвета. Беспокоит кожный зуд, на животе и в области спины видны следы расчесов. Кожа эластичная, тургор сохранен. Сыпи нет. Ногтевые ложа и губы розового цвета. Склеры иктеричны. Оволосение по женскому типу.

Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Слизистая оболочка ротоглотки иктерична, миндалины чистые, не увеличены. Язычок – по центру.

Мышцы развиты равномерно, тонус сохранён, сила мышц достаточна, симметрична, болезненность при пальпации отсутствует. Контрактуры, фибриллярные подергивания, гиперкинезы отсутствуют.

Форма костей не изменена, припухлости, утолщения, болезненность при пальпации и перкуссии костей не выявляется.

Конфигурация суставов не изменена, болезненности при пальпации нет. Движения в суставах активные, безболезненные, в полном объёме.

Система органов дыхания

При осмотре: носовое дыхание свободное, выделений из носа нет. Придаточные пазухи носа при пальпации и перкуссии безболезненные, кожа над ними не изменена, осиплости голоса нет.

Форма грудной клетки нормостеническая, асимметрия отсутствует. Патологических искривлений позвоночника нет. Над- и подключичные пространства выражены умеренно. Ширина межрёберных промежутков 1,5 см, направление рёбер косое, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Подгрудинный угол – 900. Тип дыхания смешанный. Движения грудной клетки при дыхании равномерное. Число дыхательных движений – 21 в минуту. Дыхание неглубокое, ритмичное, одышки нет.

При пальпации грудной клетки болезненности не выявлено. Грудная клетка эластична. Голосовое дрожание проводится одинаково над симметричными отделами легких. Шума трения плевры не ощущается.

При проведении сравнительной перкуссии над перкутируемой поверхностью ясный легочной звук, одинаковый с обеих сторон.

Данные топографической перкуссии легких:

Высота стояния верхушек лёгкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Лёгкое | Спереди | Сзади |
| Правое | *на 3 см выше ключицы* | *на уровне 7 шейного позвонка по линии, соединяющей середину ости лопатки и точку на 3 см латеральнее остистого отростка 7 шейного позвонка* |
| Левое | *на 3 см выше ключицы* | *на уровне 7 шейного позвонка по линии, соединяющей середину ости лопатки и точку на 3 см латеральнее остистого отростка 7 шейного позвонка* |

*Нижние границы лёгкого (по ребрам)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | Слева |
| *Парастернальная линия* | *4 низ* | *4 низ* |
| *Среднеключичная линия* | *6 верх* | *6 верх* |
| *Передняя аксиллярная линия* | *7 низ* | *7 низ* |
| *Средняя аксиллярная линия* | *8 верх* | *8 верх* |
| *Задняя аксиллярная линия* | *9 низ* | *9 низ* |
| *Лопаточная линия* | *10 низ* | *10 низ* |
| *Околопозвоночная линия* | *11 низ* | *11 низ* |

*Экскурсия нижних краев легких*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Справа | Слева |
| *на вдохе* | *на выдохе* | *на вдохе* | *на выдохе* |
| *Передняя подмышечная**Средняя подмышечная**Задняя подмышечная* | *1 см**2 см**1 см* | *1 см**2 см**1 см* | *1 см**2 см**1 см* | *1 см**2 см**1 см* |

При аускультации легких над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Крепитации и шума трения плевры нет. Бронхофония симметричная, не изменена.

Сердечно-сосудистая система

При осмотре: сердечного горба, верхушечного и сердечного толчков, видимой пульсации сосудов, «пляски каротид», пульсация шейных вен, пульсации яремной ямки не наблюдается.

При пальпации: верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1 см кнаружи от среднеключичной линии площадью 2 см2, высокий, сильный. Пульсации во втором межреберье слева и справа нет. Систолическое и диастолическое дрожание не определяется.

При перкуссии:

Границы относительной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберьи |
| Левая | на 1.5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберьи |
| Верхняя | по верхнему краю 3 ребра по левой окологрудинной линии |

Границы абсолютной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| Граница | Локализация |
| Правая | по левому краю грудины в 4 межреберьи |
| Левая | на уровне левой срединно-ключичной линии в 5 межреберьи |
| Верхняя | хрящ 4 ребра по левой окологрудинной линии |

Ширина сосудистого пучка 7 см.

При аускультации сердца: деятельность ритмичная, ЧСС 80 в мин. Тоны сердца ясные, сохранены. Расщепления, раздвоения тонов, шумов сердца, шума трения перикарда не определяется.

Исследование сосудов: при осмотре видимой пульсации нет, при пальпации артерии плотные, не извитые. Артериальная пульсация пальпируется на височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, лучевой, локтевой, бедренной, подколенной, передней и задней большеберцовых артериях и на тыльной артерии стопы; пульсация симметричная не ослабленная. При аускультации артерий патологических звуковых явлений не обнаружено.

Пульс: одинаковый на обеих лучевых артериях, 80 в минуту, ритмичный, соответствует частоте сердечных сокращений, достаточного наполнения и напряжения. Венный и капиллярный пульс не определяется.

Артериальное давление 130/90 мм рт. ст. на обеих руках.

Система органов пищеварения

Полость рта: запах изо рта отсутствует. Слизистая полости рта желтого цвета, умеренно влажная, губы бледно-розовые. Пятен Филатова-Коплика нет. Зубы: кариозных изменений не обнаружено.

Язык, влажный, обложен белым налетом, сосочковый слой выражен умеренно, язв и трещин нет. Десны не изменены, без признаков кровоточивости. Мягкое и твердое нёбо желтые, без налётов, изъязвлений и геморрагий. Зев и задняя стенка глотки желтой окраски, чистые. Миндалины не увеличены, лакуны чистые.

Живот при исследовании стоя и лёжа не увеличен, обычной конфигурации, симметричный, участвует в дыхании равномерно. Видимой на глаз перистальтики и расширенных подкожных вен нет. Пупочное кольцо не изменено.

При поверхностной ориентировочной пальпации напряжения передней брюшной стенки не выявлено, живот мягкий, безболезненный (симптом Щеткина-Блюмберга отрицательные во всех отделах). Грыж белой линии живота и диастаза прямых мышц нет.

При глубокой проникающей методической пальпации в левой подвздошной области сигмовидная кишка прощупывается на протяжении 7 см в виде гладкого плотноватого тяжа толщиной 2 см, безболезненного, не урчащего, не перистальтирующего, смещающегося в пределах 3 см; в правой подвздошной области слепая кишка прощупывается в виде несколько расширяющегося книзу цилиндра с закруглённым дном, диаметром 4 см, урчащего при надавливании, безболезненного, умеренно подвижного, нижний край её расположен на 0,5 см выше межостной линии; в левой боковой области нисходящая ободочная кишка прощупывается на протяжении 10 см в виде гладкого цилиндра умеренной плотности, толщиной 2,5 см, не смещаемого, не урчащего и безболезненного; в правой боковой области восходящая ободочная кишка пальпируется на протяжении 10 см в виде гладкого, умеренно плотного, не напряжённого цилиндра толщиной 3 см, изредка урчащего, безболезненного; большая кривизна желудка и поперечная ободочная кишка не пальпируются; поджелудочная железа не пальпируется.

При перкуссии доступной части живота выявлен громкий, ясный, длительный, низкий, тимпанический желудочно-кишечный перкуторный звук. Жидкости в брюшной полости нет (шум плеска отсутствует, притупления в отлогих местах живота нет).

При аускультации слышна перистальтика кишечника, шума трения брюшины не выявлено.

Стул регулярный, оформленный.

Печень внешне увеличена,+2,5 см пульсации нет. Нижний край печени закруглен, ровный, мягкооэластичный, болезненный, выходит из-под края реберной дуги на 2,5 см; Поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус – отрицательные.

Размеры печени по Курлову

|  |  |
| --- | --- |
| По правой срединно-ключичной линии | 13 см |
| По срединной линии | 10 см |
| По рёберной дуге | 8 см |

Селезёнка не пальпируется

Мочевыделительная система

При осмотре поясничной области гиперемии кожи, сглаживания контуров и выбухания области почек не выявлено. Пальпаторно в положении лёжа и стоя почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется, при перкуссии над исследуемой поверхностью мочевого пузыря, притупленный тимпанический звук. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Нервно-эндокринная система

Больная контактна, в пространстве и времени ориентирована, мыслит логически. Обоняние, вкус выражены. Зрение, слух, речь не нарушены. Сон хороший, память сохранена. Ширина глазных щелей одинаковы справа и слева, зрачки округлой формы, одинаковой величины. Прямая и содружественная реакция зрачков на свет, аккомодация и конвергенция сохранены. Сухожильные рефлексы живые, патологических рефлексов, клонусов нет. Менингеальные симптомы отрицательные. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена. Движения координированы, в позе Ромберга устойчива, пальценосовая проба положительная. Дермографизм чёткий, красный.

При осмотре щитовидной железы увеличения размеров не выявлено. Пальпируется перешеек железы мягкой консистенции, безболезненный, подвижный.

**6. Предварительный диагноз и его обоснование**

На основании:

– жалоб больной (тяжесть в правом подреберье, потемнение мочи, посветление кала, повышение температуры тела, пожелтение кожи и склер, кожный зуд, отсутствие аппетита, тошноту, общую слабость, вялость.);

– данных анамнеза болезни: постепенное начало, наличие преджелтушного периода: ухудшение аппетита, симптомами интоксикации, последующего желтушного периода, причем при появлении желтухи самочувствие больной ухудшается – появляются болезненность и тяжесть в правом подреберье;

– эпидемиологического анамнеза (профилактическое посещение врача гинеколога по месту жительства, где был проведен осмотр в зеркалах. Иногда пьет сырую воду. Продукты питания покупает на рынке и в супермаркете. Питается в основном в кафе «Челентано», «Свеча», «Макдональдс»);

– данных объективного обследования: выявление иктеричности склер, желтушности видимых слизистых и кожных покровов, обложенного белым налетом языка, болезненности при пальпации правого подреберья, увеличения размеров печени на 2,5 см, ее болезненности при пальпации.

Можно заподозрить вирусный гепатит.

**7. План обследования**

1. Клинический анализ крови. Назначаем для выявления симптомов характерных для вирусного поражения, то есть лейкопении, может быть увеличение моноцитов, ускоренная СОЭ.
2. Биохимический анализ крови. В нем нас интересуют показатели количество общего белка, белковых фракций, показатели белковых осадочных проб, активности аминотрансферраз (они должны быть повышены). Обязателен показатель билирубина. Так как нарушается функция печени обязательно смотрим уровень протромбина.
3. Анализ мочи. Так как мы подозреваем патологию печени в моче могут быть желчные пигменты и уробилин.
4. Анализ кала на яйца глистов.
5. Группа крови, Rh.
6. RW.
7. Серологические методы диагностики.
	1. обнаружение в сыворотке крови HBs Ag путем постановки РНГА, ИФА, в динамике.
	2. определение антител к поверхностному антигену гепатита В – anti-HBs.
		* anti-HBs – total
		* anti-HBs – IgM
		* anti-HBs – IgG
	3. исследование сенсибилизации Т-лимфоцитов к HBsAg.
	4. определение антител к ядерному антигену вируса гепатита В – anti-HBc.
		* anti-HBc – total
		* anti-HBc – IgM
		* anti-HBc – IgG
	5. определение HBcAg и anti-HBc – IgM.
	6. выявление ДНК вируса в сыворотке крови и печеночной ткани методом молекулярной гибридизации.
	7. выявление ДНК-полимеразы в сыворотке крови.
	8. определение полиальбуминсвязыающей активности сыворотки и антител к рецепторам полимеризированного альбумина.
8. Ультразвуковое исследование печени.

**8. Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования**

1. Общий анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | 02.11.12 | 16.11.12 | Норма |
| Эритроциты | 4,5 ·1012/л | 4,4·1012/л | 4,0–5,0 |
| Гемоглобин | 125 г./л | 140 г./л | 130–160 |
| Цветной показатель | 0,9 | 0,9 | 0,85–1,05 |
| Лейкоциты | 5,1·109/л | 4,0·109/л | 4–9 |
| СОЭ | 10 мм/час | 4 мм/час | 1,0–10,0 |
| Эозинофилы | 5% | 1% | 0–5 |
| Палочкоядерные | 2% | 1% | 1–6 |
| Сегментоядерные | 44% | 44% | 45–70 |
| Лимфоциты | 42% | 51% | 18–40 |
| Моноциты | 7% | 3% | 2–9 |

Заключение: наблюдается лимфоцитоз, что может свидетельствовать о воспалительном процессе.

1. Общий анализ мочи от 05.11.12.

Цвет: насыщенный

Прозрачная

Удельный вес: 1014

Реакция: нейтральная

Белок: не обнаружен

Глюкоза: не обнаружена

Желчные пигменты: положительно

Уробилин: положительно

Эпителий плоский: 2–3 в п/з

Лейкоциты: 2–3 в п/з

Заключение: насыщенный цвет и наличие уробилина и желчных пигментов свидетельствуют в пользу острого гепатита.

1. Анализ белковой фракции сыворотки крови от 15.11.12.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Норма |
| Общий белок | 65,2 г/л | 65–85 |
| Альбумин | 61% | 50–65 |
| Глобулины: а1 | 3% | 3–6 |
| а2 | 8% | 6–12 |
| Я | 13% | 8–12 |
| Υ | 15% | 15–20 |
| А/Г коэффициент | 1,56% | 1,5–2,3 |

Заключение: все показатели находятся в пределах нормы.

1. Коагулограмма

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | 03.11.12 | 11.11.12 | Норма |
| Протромбиновый индекс | 107% | 65% | 85–110 |
| АКТ | 85% | 62% | 93–103 |
| Свободный гепарин | 0,10 мг% | 0,26 мг% | 0,02–0,06 |
| Фибриноген | 3,1г/с | 1,9г/с | 2,0–4,0 |
| Фибриноген Б | ++ | Отр. | Отр. |

Заключение: 11.11.12 протромбиновый индекс ниже нормы, что может говорить о низком содержании К в организме.

1. Печеночные пробы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | 03.11.12. | 14.11.12. | 23.11.12. | Норма |
| Общий билирубин | 237,2 мкмоль/л | 70,6 мкмоль/л | 39,4 мкмоль/л | 8,5–20,5 |
| Прямой билирубин | 146,8 мкмоль/л | 40,9 мкмоль/л | 15,7 мкмоль/л | 2,5–5,0 |
| АЛТ | 5,8 ммоль/ч л | 5,58 ммоль/ч л | 3,4 ммоль/ч л | 0,1–0,68 |
| Щелочная фосфатаза | 4426,66 ммоль/с л |  |  | 740–2100 |
| ИТТ | 187,8 Е/л |  |  | 10–66 |
| Тимоловая проба | 1,77 ед. | 2,2 ед. | 1,9 ед. | 0–4 |
| Холестерин | 71,9 ммоль/л |  |  | 2,4–5,0 |
| Глюкоза | 4,0 ммоль/л |  |  | 4,2–6,1 |

Заключение: повышенное содержание общего и прямого билирубина, АЛТ, холестерина, ИТТ свидетельствует об остром гепатите. Мы видим, что в динамике эти показатели снижаются, благодаря чему можно думать о правильности проводимой терапии.

1. Исследование крови на сифилис от 02.11.12 – отрицательно.
2. Исследование крови на маркеры вирусных гепатитов методом ИФА от 02.11.12

HbsAg – отр.

АнтиBcorIgM – отр.

АнтиHAVIgM – отр.

АнтиHCVIgM – «+»

АнтиHCVg – «+»

АнтиHCcorIgM – «+»

Заключение: этот анализ позволяет нам сделать вывод, что пациентка болеет вирусным гепатитом С.

1. УЗИ от 06.11.12

Диффузные изменения печени. Портальная гипертензия.

**9. Дифференциальный диагноз**

Данное заболевание следует дифференцировать с такими заболеваниями, как:

* Вирусные гепатиты А, В, D, Е;
* Желчекаменная болезнь;
* Описторхоз печени;
* Псевдотуберкулез;
* Малярия (желтушная форма);
* Цирроз печени.

**10**. **Окончательный клинический диагноз**

На основании:

– жалоб больной (тяжесть в правом подреберье, потемнение мочи, посветление кала, повышение температуры тела, пожелтение кожи и склер, кожный зуд, отсутствие аппетита, тошноту, общую слабость, вялость.);

– данных анамнеза болезни: постепенное начало, наличие преджелтушного периода: ухудшение аппетита, симптомами интоксикации, последующего желтушного периода, причем при появлении желтухи самочувствие больной ухудшается – появляются болезненность и тяжесть в правом подреберье;

– эпидемиологического анамнеза (профилактическое посещение врача гинеколога по месту жительства, где был проведен осмотр в зеркалах. Иногда пьет сырую воду. Продукты питания покупает на рынке и в супермаркете. Питается в основном в кафе «Челентано», «Свеча», «Макдональдс»);

– данных объективного обследования: выявление иктеричности склер, желтушности видимых слизистых и кожных покровов, обложенного белым налетом языка, болезненности при пальпации правого подреберья, увеличения размеров печени на 2,5 см.

– данных лабораторных методов исследования: насыщенный цвет и наличие уробилина и желчных пигментов свидетельствуют в пользу острого гепатита; повышенное содержание общего и прямого билирубина, АЛТ, холестерина, ИТТ свидетельствует об остром гепатите; ИФА: АнтиHCVIgM – «+», АнтиHCVg – «+», АнтиHCcorIgM – «+»; УЗИ от 06.11.12: Диффузные изменения печени. Портальная гипертензия.

Можно поставить окончательный диагноз: Острый вирусный гепатит С (АнтиHCVIgM+, Анти HCVg+, АнтиHCcorIgM+), острая желтушная форма, средней степени тяжести.

**11.** **Современные методы лечения вирусного гепатита С**

В основе лечения больных с вирусными гепатитами лежит принцип сдержанности терапии, который предполагает ограждение больной печени от дополнительных энергетических затрат, а также защиту от медикаментов с сомнительной или недоказанной эффективностью.

Больным назначают базисную терапию:

1) рациональный двигательный режим, соответствующий форме тяжести болезни;

2) лечебное питание – стол 5 или 5а;

3) медикаментозную терапию в соответствии с формой тяжести заболевания.

При легкой форме вирусного гепатита больным рекомендуют полупостельный режим, стол 5а и обильное питье (минеральные щелочные воды, компоты, соки, чай) с дезинтоксикационной целью и с целью удаления конъюгированного билирубина с мочой. Стол 5а заменяют на стол 5 и отменяют обильное питье сразу же после появления светлой мочи у больного.

Медикаментозная терапия ограничивается использованием желчегонных средств и холеспазмалитиков (но-шпа, платифиллин, папаверин), а также поливитаминов. Из желчегонных препаратов в острый период болезни нужно использовать только холекинетики (10–25%-ный раствор сернокислой магнезии, холосас, ксилит, сорбит).

Следует отметить, что желчегонные средства целесообразно назначать после исчезновения внутрипеченочного холестаза. Об этом свидетельствует появление окрашенного стула.

Истинные холеретики и холесекретики в разгар желтухи не применяют, ибо они оказывают влияние на секреторные и фильтрационные процессы желчеобразования в гепатоцитах и таким образом увеличивают нагрузку на клетки печени.

При среднетяжелой форме больным назначают полупостельный или постельный режим, стол 5а, обильное питье и при наличии умеренно выраженных симптомов интоксикации или нарастании их – инфузионную терапию в течение 2–4-х дней.

Внутривенно вводят 5–10%-ный раствор глюкозы, гемодез, реополиглюкин.

Внутривенно назначают кокарбоксилазу, 5%-ный раствор аскорбиновой кислоты.

В настоящее время применение витаминов группы В, особенно В1, В6, В12 имеет значительные ограничения в связи с тем, что введение их в острую фазу болезни может приводить к дисбалансу метаболических процессов. Так, инъекции витамина В6 способны стимулировать гликонеогенез в печени и вызывать аллергические реакции, особенно в случаях комбинации его с В1 и другими витаминами этой группы.

При тяжелой форме больным назначают постельный режим, стол 5а, обильное питье и рекомендуется проведение инфузионной терапии: внутривенно вводятся 5–10%-ный раствор глюкозы, реополиглюкин, гемодез, 10%-ный раствор альбумина, одногруппная плазма. Показано назначение преднизолона из расчета 1–3 мг/кг веса в сутки коротким (3–7 дней) курсом.

Используют гепатопротекторы (эссенциале, легалон, карсил, силибор и др.), десенсибилизирующие препараты (пипольфен, супрастин и др.).

При гепатитах, вызванных НВV, НСV, НДV и НЦV, необходимо использовать препараты интерферона.

При подозрении на злокачественную форму или угрозе ее развития больного необходимо госпитализировать в отделение интенсивной терапии и реанимации для проведения интенсивной терапии. Для проведения массивной дезинтоксикационной терапии катетеризируют подключичную или другую крупную периферическую вену и вводят 10%-ный раствор альбумина, свежезамороженную плазму, 5–10%-ные растворы глюкозы, гемодез, реополиглюкин. Расчет жидкости проводят с учетом возраста, состояния больного и диуреза.

Преднизолон назначают внутривенно из расчета 5–20 мг/кг веса в сутки, через 3–4 часа.

По показаниям (ДВС-синдром) вводят внутривенно гепарин из расчета 50–300 ед./кг веса в сутки, применяют ингибиторы протерализа (гордокс, контрикал, трасилол). При развитии геморрагического синдрома внутривенно вводят свежезамороженную плазму, дицинон, андроксон, аминокапроновую кислоту, викасол, препараты кальция, аскорбиновую кислоту. При желудочно-кишечных кровотечениях назначают внутрь 5%-ный раствор аминокапроновой кислоты, препараты кальция и андроксон.

С целью уменьшения всасывания токсинов из желудочно-кишечного тракта назначают желудочный и кишечный диализ, сорбенты (полифепам, активированный уголь и др.), антибиотики широкого спектра действия (полимиксин, гентамицин, цефалексин).

Обоснованно проведение экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез, плазмосорбция, ультрафильтрация, гемосорбция) и сеансов гипербарической оксигенации.

Обязательна коррекция кислотно-щелочного состояния крови (4%-ным раствором гидрокарбоната натрия, трисамином) и электролитного состава крови. При наличии судорог применяют седуксен (реланиум), оксибутират натрия. Проводят витаминотерапию (кокарбоксилаза, 5%-ный раствор аскорбиновой кислоты и др.), назначают гепатопротекторы, десенсибилизирующие препараты, желчегонные средства, спазмолитики и симптоматические средства.

В случае развития глубокой комы прогноз для жизни, как правило, неблагоприятный.

В периоде реконвалесценции у больных может сохраняться гепатомегалия и гиперферментемия. Необходимо установить причину (холангит, холангиохолецистит, затяжное течение) и назначить соответствующую терапию.

Больным гепатомегалией вследствие холангита или холангиохолецистита в зависимости от их этиологии назначают антибактериальные или противопаразитарные препараты (никодин, оксафенамид, трихопол, макмирор и др.), желчегонные средства и тюбаж или дренаж по Демьянову №3–5.

Больным с гиперферментемией включают в лечение гепатопротекторы, витамины с микроэлементами, в частности содержащие селен, инозие-F, десенсибилизирующие препараты и в ряде случаев глюкокортикоиды (дексаметазон) коротким курсом.

При хроническом вирусном гепатите в стадии ремиссии больным не требуется лечения. Необходимо соблюдать режим и диету.

С целью профилактики обострений можно назначать периодически прием гепатопротекторов, поливитаминов и желчегонных средств.

При обострении хронического гепатита больного нужно госпитализировать в стационар и проводить адекватную терапию.

Базисная терапия

Базисная терапия включает:

1) диету – стол 5 с индивидуальными модификациями, с ограничением соли, минеральные воды и витамины С, Р, Е и другие;

2) средства, нормализующие биоценоз кишечника (лакто- и колибактерин, бификол и др.).

Целесообразно использовать лактулозу, нормазе, плохо всасывающиеся антибиотики, энтеродез, энтерол, при необходимости – панкреатин, энзистал, фестал и др.;

3) гепатопротекторы: рибоксин, цитохром С, гептрал, гепарген, силибор, легалон, карсил, эссенциале, гепалиф и др.;

4) настои – отвары лекарственных трав, обладающих противовирусным (зверобой, календула, чистотел и др.) и слабовыраженным желчегонным и преимущественно спазмолитическим действием (чертополох, мята, спорыш и др.);

5) физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру;

6) лечение у больных сопутствующих заболеваний.

Синдром цитолиза требует внутривенного введения белковых препаратов (10%-ного раствора альбумина, плазма), факторов свертывания крови (свежезамороженную плазму), проведения обменного переливания свежегепаринизированной крови, использования методов экстракорпоральной детоксикации.

Холестатический синдром купируют путем назначения адсорбентов желчных кислот (холестирамин, билигнин), адсорбентов (полифепам, карболен, ваулен), препаратов ненасыщенных жирных кислот (урсофальк, хенофальк и др.).

Аутоиммунный синдром требует применения иммунодепрессантов: азатиоприна (имуран), делагила, глюкокортикоидов, а также плазмосорбции.

Оправданно применение противовирусных и иммуномодулирующих препаратов:

1. Аденинарабиназида (АРА-А) в разных дозах – от 5 до 15 мг/кг веса в сутки и более – до 200 мг/кг веса в сутки.

2. Синтетических нуклеозидов (ингибиторов обратной транскриптазы):

– хивида (зальцитабина) – 2,25 г./сутки,

– зовиракса (ацикловира) – от 1,0 до 2,0 г/сутки,

– ЗТС (ламивудина) – 200 мг/сутки,

– ретровира (азидотимидина) – 600 мг/сутки.

3. Ингибиторов протеазы:

– инвертазы (саквинавира) – 2 г/сутки,

– криксивана (индинавира) – 2 г/сутки.

4. Интерферонов:

– роферона А,

– интрона А,

– нативного интерферона,

– виферона.

**При лечении больных с циррозом печени** следует учитывать активность патологического процесса, глубину цирротической перестройки и степень функциональной недостаточности печени.

При стойкой ремиссии больной должен получать питание с физиологическим соотношением белков, жиров, углеводов и находиться на свободном режиме с ежедневным отдыхом и ограничением физической нагрузки.

Специального медикаментозного лечения не проводят.

В случае обострения и декомпенсации печени больной подлежит госпитализации, и лечение его практически не отличается от лечения больных с обострением хронического гепатита.

Используют хирургические методы лечения цирроза печени в виде наложения органных анастомозов, удаления селезенки, пересадки донорской печени.

Фитотерапия

Особенность биологически активных веществ растений включаться на уровне клетки в биохимические и метаболические процессы делает использование растений в виде фитопрепаратов незаменимым.

В острый период заболевания, когда у больных вирусемия, целесообразно использовать растения с противовирусным действием: чистотел, календула, береза бородавчатая, расторопша, эвкалипт, горец птичий, зверобой. Растительные препараты флакозид (из бархата амурского), хелепин (из травы леспедецы копеечковой), алпизарин (из травы копеечника), также обладают выраженным ингибирующим действием на репликацию вирусов и могут быть рекомендованы в средних терапевтических дозах в течение 5–12 дней. У больных со среднетяжелыми формами гепатитов А и В наблюдается меньше осложнений, быстрее исчезает цитолитический синдром и элиминируется НВsAg.

Биологически активные вещества растений (полисахариды) стимулируют выработку эндогенного интерферона. Полисахариды содержатся в алоэ, арнике, мать-и-мачехе, каланхоэ, капусте белокочанной, крапиве глухой, подорожнике, исландском мхе, спорыше, пырее, репешке, хвоще полевом. Продукцию интерферона индуцирует также целая группа растений-адаптогенов: женьшень, лимонник китайский, родиола розовая, заманиха, элеутерококк, аралия маньчжурская и другие. Эти же растения усиливают фагоцитарную активность нейтрофилов и макрофагов, стимулируют естественные киллеры.

Следует отметить, что применение адаптогенов требует учета биологических ритмов. Их нужно назначать только утром и в обед. Они не должны использоваться в сборе.

В острый период вирусного гепатита с целью дезинтоксикации больному можно назначать теплое питье отваров и настоев трав, обладающих способностью связывать токсины и выводить их из организма: расторопша пятнистая, почечный чай, лен обыкновенный, шиповник коричный, ромашка аптечная, соцветия клевера красного. В качестве примера можно рекомендовать сбор: цветки ромашки – 2 части, лист подорожника – 2 части, мята перечная – 1 часть, череда трехраздельная – 2 части, лен обыкновенный – 3 части. Приготовить настой 1:20. Принимать по 60 мл 4 раза в день до еды.

В ходе острого процесса значительно нарушаются метаболические функции печени, приводящие к изменению белкового, жирового и углеводного обмена, синтеза витаминов, ферментов. Поэтому оправданно назначение фитотерапии с целью нормализации функции печени.

Выраженным анаболическим действием обладают растения, которые с успехом можно включать в терапию больных гепатитом с затяжным течением: аралия маньчжурская, левзея сафлоровидная, ятрышник пятнистый, хмель обыкновенный и другие.
Применение этих растений в виде отваров, настоев или спиртовых настоек более эффективно в дозах ниже терапевтических (1:50 отвар, настой). Длительность курса от 2 до 4 недель.

Для стимуляции синтеза белков в диету можно включать фрукты, овощи, ягоды, содержащие калий: абрикосы, смородину черную, баклажаны, свеклу, инжир садовый, чернику, салат посевной, сливу, бананы и другие.

Холестатические формы вирусного гепатита сопровождаются нарушением способности печени преобразовывать каротин (провитамин А) в ретинол, в связи с чем показано применение витаминов А и Е, особенно в случаях, протекающих с длительной ахолией стула. Витамины А, Е содержатся в масле облепихи, шиповника коричного, расторопши; в растениях: девясиле высоком, лимоннике китайском, горце птичьем. В случаях развития холестатической формы гепатита показано назначение витамина В12. Высоко содержание этого витамина в смородине черной, крапиве двудомной, ламинарии сахаристой. Одновременно нужно назначать фолиевую кислоту в таблетках.

При развитии геморрагического синдрома одновременно с применением викасола (витамин К) можно назначать отвары и настои (1:10; 1:20) растений, содержащих витамин К: горец птичий, горец перечный, тысячелистник обыкновенный, крапива двудомная, кукуруза, пастушья сумка, шиповник коричный, подорожник большой. Длительность курса приема должна контролироваться коагулограммой.

При вирусных гепатитах, протекающих с выраженным цитолизом, основной акцент необходимо сделать на растения, являющиеся ингибиторами протеолиза: подорожник большой, тысячелистник, мята перечная. Одновременно в лечение больных включают растения, содержащие биологически активные вещества с выраженным действием на регенерацию гепатоцитов: зверобой, тысячелистник, крапива двудомная, шиповник коричный, календула, сушеница топяная, синюха голубая.

В случаях типичной желтушной цитолитической формы вирусного гепатита можно подобрать несколько растений с разнонаправленным действием. Достаточно эффективным является сбор из пяти составляющих: шиповник коричный (45 г.), мята перечная (30 г.), крапива двудомная (45 г.), зверобой продырявленный (50 г.), солодка голая (30 г.). Отвар 1:10. Назначают по 1/3 стакана 3 раза в день в течение двух недель. Сбор может быть использован как в остром периоде болезни, так и в периоде реконвалесценции – при постгепатитной гиперферментемии.

Гормоноподобным действием обладают хмель, солодка, ятрышник и другие. Биологически активные вещества этих растений в отличие от синтетических гормонов не способствуют затяжному и рецидивирующему течению гепатита, переходу его в хроническую форму. Не обладая иммуносупрессивным действием, биологически активные вещества растений оказывают иммунокорригирующее, иммунностимулирующее и прямое ингибирующее действие на репликацию вирусов. Препарат глицирризин (из солодки) успешно применяют для лечения больных с хроническим гепатитом в репликативной фазе в течение 6–12 месяцев.

Гепатопротективное действие присуще многим растениям. С этой целью используется расторопша пятнистая и полученные из нее препараты: карсил, легалон, силимарин, силибор, силимар, сибектан и эрксон. Масло расторопши оказывает дезинтоксикационное действие, обладает мощным антиоксидантным и антимутагенным свойствами. При остром гепатите назначают по 1 ч. – 1 ст. л. 3–4 раза в день за 30 минут до еды. С гепатопротективной целью используют бессмертник, барбарис, кукурузу, облепиху, пижму и шиповник. Комбинация лекарственных растений дает возможность получить различный терапевтический эффект. Сочетание девясила высокого (корень), шиповника (плоды), боярышника (плоды) – по 2 части, пижмы (цветы) – 1 часть, позволяет улучшить обменные процессы в печени. Добавление золототысячника к сбору усиливает антигепатоксический и одновременно желчегонный эффект.

Препарат «Полифитохол», состоящий из бессмертника, пижмы, солодки голой, мяты перечной, крапивы двудомной и шиповника коричного, обладает гепатопротективным и иммунномодулирующим действием, холеспазмолитической активностью, стимулирует регенерацию гепатоцитов. Назначают по 1 чайной ложке (порошок) 3–4 раза в день за 30 минут до еды. Эффективен у больных с острым гепатитом В, С, В + С.

Весьма выраженной гепатопротективной активностью, стимулирующей регенерацию гепатоцитов и желчегонным действием, обладает овес.

Средства народной медицины, используемые в лечении больных с вирусными гепатитами

1. Настой цветков липы: 1 ст. л. цветков липы залить 1 стаканом кипятка, дать настояться в течение 5 минут. Пить как жаропонижающее средство (в преджелтушном периоде при наличии высокой температуры).

2. Настой из шишек хмеля: 10 г. шишек хмеля залить 1 стаканом кипятка. Настаивать в течение 7–8 часов, процедить. Принимать по 1 ст. л. 3 раза в день (оказывает болеутоляющее и мочегонное действие).

3. Настой из листьев мяты, соцветий ромашки, травы тысячелистника и коры крушины. Смешать все компоненты в равных долях. 1 ст. л. смеси залить 1 стаканом кипятка. Настаивать в течение 30 минут. Принимать натощак утром и на ночь по 1/2 стакана (оказывает противовоспалительное, успокаивающее, желчегонное и мочегонное действие).

4. Настой из смеси листьев мяты перечной, семян укропа, травы полыни и травы тысячелистника, взятых по 2 части, и соцветий бессмертника песчаного – 3 части. 2 ч. л. смеси залить 2 стаканами кипятка. Настаивать в течение 8 часов. Принимать в течение суток (оказывает противовоспалительное, болеутоляющее, успокаивающее и желчегонное действие). Использовать после снятия холестаза.

5. Отвар из овсяной соломы. Пить по 1 стакану 4 раза в день как желчегонное средство.

6. Отвар из зерен овса. 1 стакан сухих чистых зерен раздробить в порошок, просеять через сито и залить 1 л крутого кипятка в эмалированной посуде. Добавить щепотку соли и 2–3 ст. л. сахарного песка. Размешать и поставить на огонь, довести до кипения и, убавив огонь, томить в течение 5 минут. Снять, остудить. Принимать по 1/2 стакана – 1 стакану 3 раза в день после еды (оказывает желчегонное действие и способствует регенерации гепатоцитов).

7. Отвар зерен овса. 1 стакан зерна заварить 1 л кипятка и выпаривать до 1/4 объема взятой жидкости. Принимать по 1/3 стакана 3–4 раза в день (эффективное желчегонное действие).

8. Настой из кукурузных волосков (рылец). Когда срывают листья, облегающие кукурузную шишку (плод), то под ними обнаруживают много волосков, или волокон. Эти волоски и следует заваривать (в чайнике) и пить, как чай. Время лечения иногда длится до полугода. Для того чтобы лечение было успешным, кукурузный плод нужно срывать спелым (оказывает желчегонное действие, но назначать желательно после снятия холестаза).

Иглорефлексотерапия

Больные нуждаются в тщательном клиническом обследовании, поскольку симптомы воспалительного процесса (увеличение печени, селезенки, желтуха и др.) почти одинаковы при гепатитах разной этиологии и патогенеза.

Древневосточная медицина относит острый гепатит к синдромам патологии меридианов (синдром жары) печени, желчного пузыря, селезенки, поджелудочной железы, желудка, а также к синдрому нарушения циркуляции энергии в среднем обогревателе. Рекомендуется следующее лечение: VC12 чжун-вань тонизировать для удаления влажности; VC6 ци-хай – тонизировать для восстановления общей циркуляции энергии; F13 чжан-мэнь тонизировать для снятия блокады энергии в среднем обогревателе; Е25 тянь-шу тонизировать для удаления синдрома жары селезенки и чувства распирания в животе; VВ23 чжэ-цзинь тонизировать для улучшения циркуляции энергии и усиления желчеотделения; V20 пи-шу усиливает ян селезенки; V18 гань-шу, V19 дань-шу усиливают энергию меридианов печени и желчного пузыря; VG9 – чжи-ян седатировать для уменьшения желтухи; V40 вэй-чжун и TRG чжи-гоу седатировать, устраняя патогенный огонь; Е36 цзу-сань-ли седатировать, устраняя синдром полноты меридиана желудка.

Рекомендуется в сеанс укалывать не более трех-четырех точек, а при улучшении состояния больного сеансы проводить через день.

При остром гепатите лечение проводить в стационаре в комплексе с лекарственными средствами.

Точки для выбора рецепта: тонизировать до 20 минут, F2 син-цзянь; иглы оставлять на 20 минут в точках RP4 гунь-сунь, F3 тай-чун; иглы вводить почти горизонтально на 20 минут в точки VC12 чжун-вань, VC6 ци-хай, F13 чжан-мэнь, Е25 тянь-шу; тонизировать, затем прижигать V18 гань-шу, V19 дань-шу, V20 пи-шу: седатировать GJ10 шоу-сань-ли и Е36 цзу-сань-ли.

При хроническом гепатите, исходя из древневосточных медицинских представлений, лечению иглоукалыванием подлежит гепатолиенальный и гепаторенальный синдромы, а также клинический симптом увеличения размера печени, однако «в недалеко зашедших случаях», то есть в периоде ремиссии.

Точки для выбора рецепта (все тонизируют, затем прижигают): VC12 чжун-вань, VC14 цзюй-цюе, Е19 бу-жун, Е21 лян-мэнь, Е24 хуа-жоу-мэнь, RP3 тай-бай, RP4 гунь-сунь, RP6 сань-инь-цзяо, VB34 ян-лин-цюань, F3 тай-чун, F8 цюй-цюань, F14 ци-мэнь, V15 синь-шу, V17 гэ-шу, V18 гань-шу, V20 пи-шу, V23 шэнь-шу.

Основные точки: АР97 селезенка, АР51 симпатическая, АР55 шэнь-мэнь, АР98 печень.

Вспомогательные точки: АР76 печень-1, АР77 печень-2, АР96 поджелудочная железа, АР95 почка, АР22 железы внутренней секреции.

**12. Лечение данного больного**

1. Стол №5. Исключаются сильные стимуляторы секреции желудка и поджелудочной железы (экстрактивные вещества, продукты, богатые эфирными маслами); тугоплавкие жиры; жареные блюда; продукты, богатые холестерином, пуринами. Повышенное потребление овощей и фруктов способствует усилению желчегонного действия других пищевых веществ, перистальтики кишечника, обеспечивает максимальное выведение холестерина.
2. Режим: постельный.
3. Медикаментозное лечение:

Гептрал. Гепатопротектор с антидепрессивной активностью. Оказывает холеретическое и холекенетическое действие, обладает детоксикационными, регенерирующими, антиоксидантными, антифибринолитическими и нейропротективными свойствами.

Rp**.:** «Heptral»

D.t.d.N10 in tab.

S. 100 мг (1/4 табл.) 2 р/д

Фосфоглив. Гепатопротектор с противовирусной активностью. Восстанавливает структуру и функции поврежденных мембран гепатоцитов, благодаря чему предотвращает потерю клетками ферментов и др. активных веществ, нормализует белковый, липидный и жировой обмены, восстанавливает дезинтоксикационную функцию печени, подавляет формирование соединительной ткани в печени, снижает риск возникновения фиброза и цирроза печени. Натрия глицирризинат подавляет репродукцию вируса в печени и др. органах за счет стимулирующего действия на продукцию интерферона, повышения фагоцитоза, увеличения активности естественных киллеров и др. За счет детергентного действия улучшает эмульгирование фосфатидилхолина в кишечнике.

Rp**.:** «Phosphogliv»

D.t.d.N10 in caps.

Белый уголь. Энтеросорбент. Способствует адсорбции из желудочно-кишечного тракта и выведению из организма экзо- и эндогенных токсических веществ различного происхождения (в т.ч. продуктов жизнедеятельности патогенных микроорганизмов, пищевых и бактериальных аллергенов). Опосредованно способствует уменьшению проявлений токсико-аллергических реакций, снижению метаболической нагрузки на органы детоксикации (в первую очередь – печень и почки), коррекции обменных процессов и иммунного статуса.

Rp.:» Белый уголь»

D.t.d. №20 in tab.

S.: по 2 таблетки 3 раза в день между приемами пищи.

Аскорутин. Комбинированный витаминный препарат. Восстанавливает дефицит витамина С и Р. Рутин вместе с аскорбиновой кислотой участвует в окислительно-восстановительных процессах, обладает антиоксидантными свойствами, предотвращает окисление и способствует депонированию аскорбиновой кислоты в тканях. Оба компонента укрепляют сосудистую стенку (способствуют образованию межклеточного вещества и снижают активность гиалуронидазы), уменьшают проницаемость и ломкость капилляров.

Rp**.:** Tab. Ascorutini 0.5 №50

S. По 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.**:** Sol. Glucosi 5% – 400 ml

D.t.d. N. 6

S. Для внутривенных вливаний 1 раза в день.

Rp**.:** Sol. NaCL 0,9% – 400 ml

D.t.d. N. 6

S. Для внутривенных вливаний 1 раза в день.

Щелочное питье.

**13.** **Прогноз**

**Прогноз на жизнь –** относительно благоприятный, исходом болезни у 80% переболевших является развитие хронического гепатита С. Серьезность прогноза связана с возможностью развития первичной гепатоцеллюлярной карциномы.

**Прогноз на выздоровление –** самоизлечение острого вирусного гепатита С происходит всего лишь в 10–15%, в остальных же случаях, происходит переход в хроническую форму.

**Рекомендации –** систематическое наблюдение у участкового врача; в питании исключить жирную пищу, жареную, острую, копченую, пряности, крепкие напитки, алкоголь, выпивать жидкости до 2,5 л. в день; на 6 месяцев ограничить физическую нагрузку; при половых контактах презерватив; использовать личные предметы личной гигиены; санаторно-курортное лечение (курорты Арзани, Боржоми, Ессентуки, Железноводск, Моршин, Миргород, Трускавец, Пятигорск и др.); на протяжении 6 мес после выписки принимать эссенциале по 1 капс. 3 раза в день.

**Литература**

1. Жданов В.М., Ананьев В.А., Стаханова В.М. Вирусные гепатиты. – М.: Медицина, 1986. – 256 с.
2. Комаров Ф.И., Кукес В.Г., Сметнев А.С. и др. Внутренние болезни. – М.: Медицина, 1991. – 688 с.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – М.: Медицина, 2000, т. I, II.
4. Подымова С.Д. Болезни печени. Руководство для врачей.. – М.: Медицина, 1993. – 544 с.
5. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. – Л.: Медицина. Ленингр.отд-ние, 1987. – 262 с.
6. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. М.: Медицина, 1990. – 560 с.
7. Возиянова Ж.И. Инфекционные болезни. – К. Здоровье 2001.
8. http://www.webapteka.ru
9. http://www.koha.com.ua/index.php?section=zubyrotjeludok&subsection=gepatit