**Паспортная часть:**

**ф.и.о.**:

**возраст:** \_\_\_\_\_\_\_\_

**пол:** женский

**профессия и место работы:** не работает

**семейное положение:** не замужем

**место жительства**:

**дата поступления в стационар:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Клинический диагноз:** Острый вирусный гепатит В (HbsAg+, a-Hbcor IgM+) желтушная форма, течение средней тяжести, с явлениями холестаза.

Сопутствующие заболевания: хронический необструктивный пиелонефрит.

**жалобы на день курации 18/18:**

1. Желтуха
2. Резкая слабость, утомляемость, сонливость
3. Периодически умеренные боли в правом подреберье
4. Снижение аппетита
5. Тошнота (больше во второй половине дня)
6. Ощущение горечи во рту по утрам
7. Кожный зуд

##### Anamnesis morbi

20/03/2002 отметила ухудшение самочувствия: появилась выраженная слабость, тошнота, несколько раз была рвота, беспокоили тянущие боли в поясничной области больше справа, потемнение мочи. В связи с наличием в анамнезе приступов пиелонефрита (в 1998 – госпитализация по поводу приступа пиелонефрита), сопровождавшихся подобными симптомами: боль в пояснице, изменения в моче, астеновегетативный синдром, данный эпизод был расценен как очередное обострение. Больная оставалась дома, лечение не проводилось. В течение 2х дней состояние существенно не менялось, периодически отмечались боли в мышцах ног.

22/03 температура поднялась до 39.5 0С с ознобом – пациентка принимала жаропонижающие препараты без видимого эффекта.

23/03 – госпитализирована в урологическое отделение ГКБ №54 с диагнозом острый необструктивный пиелонефрит. При УЗИ были получены данные, подтверждающие наличие острого пиелонефрита без пиелоэктазии справа, экскреторная урография нарушений функции почек не выявила. На фоне проводившейся антибактериальной (ампициллин, гентамицин, метронидазол) и инфузионной терапии 24/03 температура тела нормализовалась. В анализах крови лейкоцитоз – 19.5 х 103/мл, 25/03: общ. билирубин – 22.0 мкмоль/л, АЛТ – 483ед/л, АСТ – 428 ед./л. в общем анализе мочи – лейкоциты - 44-52в п./з, эритроциты – 3-5в п/з.

30/03 – появилась желтушная окраска склер и кожи, отмечено обесцвечивание стула. 01/04 прямой билирубин – 97 мкМ/л, непрямой – 72 мкМ/л, АСТ – 285ед/л, АЛТ – 184 ед./л. в связи с подозрением на острый вирусный гепатит, взят анализ на маркеры вирусов. Рекомендовано наблюдение уролога, контроль ОАМ в динамике, прием растительных диуретиков. После консультации с инфекционистом 02/04 принято решение о переводе пациентки в инфекционную больницу №2. В отделении проводилась инфузионная, дезинтоксикационная терапия, получены результаты исследования крови на маркеры вирусов гепатита, позволяющие поставить диагноз вирусный гепатит В.

**Anamnesis Vitae:**

Родилась в 1980г В развитии от сверстников не отставала. По образованию – оператор ЭВМ. Не работает. Живет с семьей, жилищные условия хорошие, питание без особенностей, жирными, жареными блюдами не злоупотребляет.

Около месяца назад приехала в Москву в гости к дяде.

Наследственный анамнез: отец здоров; мать – страдает псориазом.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Гинекологический анамнез: Менархе – в 13 лет. Menses регулярные довольно обильные. 2 беременности закончившиеся абортами.

В анамнезе: частые ОРЗ, грипп, хронический пиелонефрит; в детстве – ветрянка, ставился диагноз – гастрит (в дальнейшем лечения не получала, под наблюдением не состояла). Черепно-мозговых травм, туберкулеза - в анамнезе не было. В 1995 г. – аппендэктомия; 1998 – аборт. 1999 – травма бедра (авария); 2001 октябрь – попытка суицида (госпитализирована по поводу резаных ран левого предплечья);

2002 январь – мед. аборт.

Вредные привычки: курит с 12 лет: сначала - около пачки в день, сейчас 3-4 сигареты/день, употребление алкоголя умеренное, не отрицает периодическое употребление крепких спиртных напитков.

Эпидемиологический анамнез:

В 1995 г. – аппендэктомия, других операций не было. 1998 г. – аборт. Гемотрансфузий, донорства в анамнезе не было. Парентеральный прием наркотиков отрицает. Стоматологических операций в течение полугода не было. Эпидемиологически значимыми событиями могут являться: резаные раны предплечья - октябрь 2001; мед. аборт – январь 2002 (2 месяца перед началом заболевания).

Контакта с больными гепатитом не было – половой фактор передачи можно исключить. Путь заражения – парентеральный.

**Status praesens**: 18/18 день болезни.

**Общее состояние:** средней тяжести.

Пациентка вялая, отмечает сильную слабость, сонливость; сознание ясное, нарушения ночного сна не отмечает.

**Телосложение** по нормостеническому типу. За время болезни несколько похудела (вес не измеряла).

**Кожные покровы и видимые слизистые** выраженная желтушность кожных покровов и склер. Сосудистых звездочек нет. Геморрагической сыпи нет, при поступлении выявлялись геморрагические элементы на боковых поверхностях грудной клетки. Тургор кожи сохранен.

Ногти без изменений. Кожа теплая влажная.

Склеры иктеричны. Сухости, ощущения песка в глазах нет. Ксантом, ксантелазмов нет.

Волосяной покров - по женскому типу.

**Подкожная клетчатка** развита слабо. Отеков нет.

**Лимфатические узлы** не увеличены, их пальпация безболезненна.

**Мышечная система** развита умеренно, атрофии мышц нет, тонус их снижен.

**Костно-суставная система**: Деформаций, утолщений костей или суставов нет. Пальпация безболезненна. Движения в суставах сохранены в полном объеме. Пальмарной эритемы не выявлено.

**Система органов дыхания:**

Дыхание через нос несколько затруднено (два дня назад появилась заложенность, выделения из носа серозного характера). Обоняние сохранено.

Форма грудной клетки коническая. Правая и левая половины грудной клетки симметричны и равномерно участвуют в дыхании. Вспомогательные мышцы в дыхании не участвуют.

Над- и подключичные ямки не выбухают, одинаково выражены справа и слева.

Тип дыхания - грудной.

Частота дыхательных движений - 18 в минуту. Ритм правильный.

При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается.

Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой.

Перкуторный звук - ясный легочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

Границы легких в норме. Подвижность нижнего края легких справа и слева - 2см.

Аускультация легких: дыхание выслушивается над всей поверхностью легких, везикулярное. Хрипов и других патологических шумов нет.

**Сердечно-сосудистая система:**

При осмотре области сердца изменений не выявлено. Верхушечный толчок - 5 ребро, 1.5см кнутри от среднеключичной линии.

Сердечный толчок отсутствует.

Пульсации в эпигастральной области нет.

Границы сердца: Справа - по правому краю грудины.

Слева – 1.5 см кнутри от среднеключичной линии.

Сверху - край 3 ребра.

Аускультация сердца:

Тоны ясные, ритмичные.

Частота сердечных сокращений 70 ударов в минуту.

Патологические шумы не выслушиваются.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой 70 в минуту, умеренного наполнения, ненапряженный.

Артериальное давление 90/60 мм.рт.ст. При аускультации крупных сосудов шумы не выслушиваются.

**Система органов пищеварения:**

Аппетит снижен. Вкусовые ощущения не изменены. Иногда отмечает незначительную сухость и ощущение горечи во рту. Глотание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Отмечается ахолия кала.

Осмотр: Слизистая рта без изменений, чистая, язык не обложен, яркий розовый.

Живот плоский симметричен, мягкий, пальпация его безболезненна. Кишечник не пальпируется. При пальпации в зоне Шоффара болезненности не отмечается.

Край печени при пальпации безболезненный, эластической консистенции, выступает из-под реберной дуги на 3 см. Размеры печени по Курлову: 11/3-10-9 см.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Мерфи, Ортнера отрицательные.

Поджелудочная железа не пальпируется, пальпация в ее области также безболезненна.

Селезенка пальпируется, пальпация безболезненна. Продольный размер селезенки - 9см.

**Выделительная система:**

Мочеотделение не нарушено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Никтурии, дизурии нет, в начале заболевания дизурии также не было. Моча темная. При осмотре области почек патологических изменений не выявлено. Болезненность при пальпации в области почек и мочеточников отсутствует. Количество выделенной жидкости соответствует количеству выпитой. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон. При поступлении в ГКБ№54 отмечалась болезненность при поколачивании в области почек справа.

**Нервная система:**

Сознание ясное, пациентка жалуется на выраженную слабость. Нарушение сна в виде дневной сонливости; ночной сон сохранен. Признаки очаговой неврологической симптоматики отсутствуют. Менингеальных признаков нет. Тремора пальцев рук не выявлено. Чувствительность не нарушена.

План обследования:

1. УЗИ органов брюшной полости (определение размеров печени, селезенки, состояния желчевыводящих путей и вен портальной системы)
2. Общий анализ крови, мочи (+ на билирубин)
3. Биохимический анализ крови в динамике. Исследование белковых фракций сыворотки (глобулины), содержание билирубина, холестерина, мочевины, креатинина. Исследование активности печеночных ферментов (маркеры холестаза и цитолиза)
4. Маркеры вирусов гепатита.
5. Коагулограмма (протромбиновый индекс)
6. анализ мочи по Нечипоренко

Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования:

### Общий анализ крови

### 02.04.02: 4.02.02:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hb Гематокрит | 137 г/л | 164 г/л. 59,1 |
| Эритроциты Тромбоциты |  | л 106/л |
| Лейкоциты Палочкоядерные  сегментоядерные  эозинофилы  лимфоциты  моноциты  СОЭ | л 1%  65%  3%  21%  10%  10 мм/час | л 10%  63%  0%  19%  8%  10 мм/час |

Биохимический анализ крови:

# При поступлении

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 01.04.02 | 03.04.02: | 04.04.02: |
| Общий белок |  |  | 66 г/л |
| Глюкоза |  |  | 3.5 ммоль/л |
| Непрямой билирубин | 72 мкмоль/л | 87,6 |  |
| Прямой билирубин | 97 мкмоль/л | 205.4 | 220.2 |
| ЩФ |  | 341 ед./л | 313 |
| -ГТ |  | 124 ед/л |  |
| АСТ | 184 ед/л | 1418 | 1104 |
| АЛТ | 285 ед/л | 1484 | 1901 |
| Амилаза |  | Не определена |  |
| Креатинин |  |  | 34 мкмоль/л |
| Азот мочевины |  |  | 2.1 мкмоль/л |

RW – отрицательная.

ВИЧ – отрицательная

**Маркеры вирусов гепатита:**

|  |  |
| --- | --- |
| HBsAg | + |
| a – HBcor IgM | + |
| a – HAV IgM | - |
| a – HCV IgG | - |

Протромбиновый индекс:

|  |  |
| --- | --- |
| 03.04.02. | 04.04.02 |
| 70% | 82% |

Протромбин – 13,9 ммоль/л

Общий анализ мочи 02.04.02:

|  |  |
| --- | --- |
| Цвет | темно-желтый |
| среда | кислая |
| Прозрачность | Неполная / мутная |
| Билирубин | + |
| Белок | 0,270 %**0** |
| Лейкоциты | 1- 2 в поле зрения при поступлении – 30-35 в п/з. |
| эритроциты | 1 –3 в поле зрения |
| слизь | Мало |

Анализ мочи по Нечипоренко:

|  |  |
| --- | --- |
| Лейкоциты | 2133 |
| Эритроциты | 266 |

Дневник 11.04.02 (23/23 день болезни)

Состояние средней тяжести. Жалобы на слабость, сонливость, умеренный кожный зуд, отсутствие аппетита, временами на тошноту, горечь во рту по утрам.

Кожные покровы, склеры и видимые слизистые интенсивно иктеричны, теплые на ощупь, сухие.

Дыхание через нос свободное, при аускультации характер дыхания везикулярный, хрипов нет.

Тоны сердца ясные ритмичные; ЧСС – 68/мин. Артериальное давление 105/65 мм.рт.ст.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см; был стул (ахоличный).

Мочеиспускание свободное безболезненное, моча темная.

Обоснование диагноза:

На основании клинической картины заболевания: острое начало, увеличение размеров печени, резко выраженный астеновегетативный синдром, синдром холестаза (иктеричность кожи и склер, потемнение мочи, ахолия кала, кожный зуд) – можно предположить диагноз острый гепатит. Диагноз подтверждается лабораторными данными: значительное увеличение активности трансаминаз и уровня сывороточного билирубина (в большей степени – связанного). Наличие в анамнезе парентерального вмешательства (январь 2001) и результаты исследования крови на маркеры вирусов гепатита (положительные HBsAg u a-HBcor IgM) позволяют поставить диагноз – острый вирусный гепатит В. Время, прошедшее с момента парентерального вмешательства, может расцениваться, как инкубационный период.

Некоторые трудности представляет определение сроков начала дожелтушного периода, так как раннее изменение окраски мочи может быть следствием приступа острого пиелонефрита. Дожелтушный период протекал по астеновегетативному типу: слабость, сонливость, склонность к артериальной гипотензии. Развитие выраженного синдрома холестаза следует расценить, как осложнение заболевания.

**Дифференциальный диагноз**:

Дифференциальный диагноз выраженной желтухи с синдромом холестаза и интоксикацией следует провести с холециститом: у пациентки нет характерного болевого синдрома, болезненности в точке желчного пузыря, нет значительного лейкоцитоза, выраженная гепатоспленомегалия не характерна для холецистита. По данным УЗИ (при поступлении в ГКБ 54) нет признаков холецистита. Для механической желтухи (которая может быть вызвана рядом причин, включая достаточно часто встречающиеся опухоли панкреатодуоденальной зоны, сопровождающиеся безболезненной желтухой), больше свойственно повышение содержания в плазме связанного билирубина, у пациентки увеличены обе фракции билирубина, нет симптома Курвуазье, при УЗИ изменений эхогенности внутренних органов не отмечено. Для гемолитической желтухи характерно повышение содержания в плазме свободного билирубина, отсутствие ахолии кала. Все данные свидетельствуют в пользу наличия печеночной желтухи.

Обращает на себя внимание цикличность течения заболевания: преобладание в начале заболевания признаков общей интоксикации, нормализация температуры при появлении желтухи – что свойственно инфекционным заболеваниям.

Сочетанное поражение почек и печени позволяет провести дифференциальную диагностику с лептоспирозом.

|  |  |
| --- | --- |
| **Острый вирусный гепатит** | **Лептоспироз** |
| Острое внезапное начало с ознобом, интоксикацией, миалгиями (боли в икроножных мышцах более свойственны начальному периоду лептоспироза), астеновегетативными проявлениями. | |
| * Сыпь и геморрагии встречаются реже. Мочевой синдром, как правило, не выражен. * Характерна нормализация температуры с началом желтушного периода. | * На 3-6 день появляется полиморфная сыпь. * Изменения в моче: лейкоцитоз, эритроцитоз. * Часто геморрагии на коже и слизистых. |
| Гепатоспленомегалия, выраженная желтуха.  Увеличение уровня билирубина | |
| * Значительное увеличение активности трансаминаз. * Серологические маркеры вирусного гепатита. * Данные о парентеральном вмешательстве в анамнезе | * Нормальная или умеренно повышенная активность АСТ и АЛТ * Олигурия, характерно нарастание протеинурии. * Нейтрофильный лейкоцитоз значительное увеличение СОЭ (40-60 мм/час) |

|  |  |
| --- | --- |
| При иерсиниозе также характерна значительная интоксикация, острое начало заболевания с ознобом, лихорадкой, миалгиями, тошнотой, артериальной гипотензией. Могут появляться боли в правом подреберье.  При поражении печени может наблюдаться гепатомегалия, гипербилирубинемия, желтуха. | |
| Существующая клиническая картина | Особенности иерсиниоза |
| * Сыпь не выражена * Активность трансаминаз значительно повышена | * Характерно появление полиморфной сыпи, гиперемия зева, болезненность и урчание при пальпации живота. В анализах крови – нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, незначительное повышение активности трансаминаз. |
| * Поражение почек предшествует появлению желтухи и выраженной интоксикации, накладываясь по срокам на дожелтушный период. | * Поражение почек при иерсиниозе включает в себя либо синдром инфекционно-токсической почки и появляется на фоне выраженной интоксикации, либо присоединяется несколько позже в виде нефрита при развитии иммунологических реакций на 2-3 неделе заболевания. |

**Лечение:**

* 1. Полный покой. Постельный режим, щадящая диета (стол №5), обильное питье.
  2. Показано проведение дезинтоксикационной инфузионной терапии, коррекции системы гемостаза (повышение способности крови к коагуляции):
* Растворы Disol, Chlosol.
* sol. Glucosae 5% - 400.0

Ac. Ascorbinici 6.5% - 5.0

Nospani 2.0

Vicasoli 3.0

* Haemodesi 200.0

1. Назначение

* аскорутина - 1таб. х 3/день (улучшение эластичности капиллярной стенки, улучшение микроциркуляции)
* Верошпирона - 1таб. х 3/день

4. Терапия холестаза:

* Урсофальк - 2 капс. н/н. (основной препарат для лечения холестаза)
* Но-шпа - 2таб. х 3р/сут. (Дополнительное антихолестатическое, спазмолитическое действие)

1. фолиевая кислота - 1таб х 3 раза
2. лечение пиелонефрита:

* растительные мочегонные сборы: почечный чай, брусника, толокнянка.
* ампиокс 0.5 х 4р/день (неделю)

Прогноз:

При остром течении желтушного варианта гепатита В, вероятность полного выздоровления до 95%, 5 – 10% - вероятность хронизации среди взрослых пациентов. При затяжном течении (дольше полугода) вероятность хронизации значительно выше.