**Паспортная часть**

Больной – X

Возраст – 28 лет

Пол – мужской

Семейное положение – женат

Специальность –

Госпитализирована –

Дата начала курации –

**Жалобы**

На желтушность кожи и склер, потемнение цвета мочи, постоянную тошноту, снижение аппетита, рвоту после употребления пищи, изжогу, слабость, головную боль, нарушение сна, снижение трудоспособности, боли в суставах, повышение температуры до 37,7С.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больной с 3 ноября, когда появились сильная слабость, тошнота, периодически рвота после еды, снижение аппетита, ломота в теле, боль в суставах, повысилась температура до 37,7С. В больницу не обращался. 7 ноября больной почувствовал ухудшение состояния, вызвал бригаду скорой медицинской помощи и был доставлен в ГБ № 11 с диагнозом – Пневмония, ОРВИ. Затем через несколько дней появилась желтуха, наличие повышенных печеночных ферментов и больной был госпитализирован в инфекционное отд. №2 МУЗ ГБ №5.

**Эпидемиологический анамнез**

Работает каменщиком. Проживает в благоустроенной квартире, жилищные условия удовлетворительные. Наличие среди родственников и близких знакомых больных острыми, хроническими, а также недавно переболевших инфекционными заболеваниями (в частности вирусными гепатитами) отрицает. Правила гигиены соблюдает. Питается преимущественно на работе.

Операции по поводу перелома носа в 2005, травмы - рваная рана ноги в 2000 году, переливания крови, донорство, лечение у стоматолога в последние 6 месяцев отрицает.

Больше года назад делал татуировку в тату-салоне. Беспорядочные незащищенные половые контакты не отрицает.

На основании эпиданамнеза можно предположить заражение половым путем, т.к. татуировку делал больше года назад, а инкубационный период у гепатита В до 6 месяцев. Но нельзя исключить другие факторы о которых пациент мог не упомянуть.

**Anamnesis vitae**

Родился в 1983 году. Рос и развивался в соответствии с возрастом, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал.

Травмы – рваная рана ноги в 2000, операции в 2005 году - перелом носа, гемотрансфузии отрицает. Данные за аллергологический анамнез не выявлены. Туберкулез, сифилис, нервно-психические заболевания у себя и у родственников отрицает. Наличие вредных привычек также отрицает. Наследственный анамнез не отягощен

**Status praesens communis**

* Состояние удовлетворительное. Положение в постели активное.
* Телосложение правильное. Конституция астеническая.
* При **общем осмотре** кожные покровыбледно розовые, сыпи нет. Отмечается выраженная **желтушность** склер.
* Влажность, тургор и температура кожи нормальные. Отеков и подкожной эмфиземы не выявлено. Пальпируются увеличенные поднижнечелюстные **лимфатические узлы** – по 1 с каждой стороны, размером 1см\*1см, гладкие, неспаянные с близлежащей клетчаткой, подвижные безболезненные. Остальные лимфоузлы не пальпируются.
* **Опорно-двигательный аппарат** без видимых патологий, движения в суставах безболезненные.Мышечная системаразвита удовлетворительно, дефектов развития, болезненности при пальпации нет.
* **Система органов дыхания.** Форма грудной клетки астеническая, без деформаций. Тип дыхания смешанный. ЧД – 16 раз/мин., глубина дыхания нормальная, дыхание ритмичное. Грудная клетка безболезненная при пальпации. При перкуссии границы легких и подвижность их нижнего края нормальные. При аускультации дыхание в легких везикулярное.
* **Сердечно-сосудистая система.** Сердечный горб и другие деформации в области сердца отсутствуют. Сердечный толчок не выявлен. Верхушечный толчок определяется в 5 м/р на 1,5 см медиальнее среднеключичной линии. При **перкуссии** границы относительной и абсолютной тупости сердца в пределах нормы. **Аускультативно** тоны сердца ясные, шумы нет. При осмотре пульсация крупных сосудов и набухание вен не определяется. **Пальпаторно** – пульс полный, ритмичный, равномерный, умеренно напряженный, частота – 78 в мин. Венный пульс отрицательный. Пульс Квинке отрицательный. АД = 110/70 mm.Hg.
* **Желудочно-кишечный тракт.** Запах изо рта нейтральный. Слизистая полости рта умеренно бледная. Язык влажный покрыт беловатым налетом. **При осмотре** живот симметричный, усиленная перистальтика желудка и кишечника не определяется, участвует в акте дыхания, рубцов нет, есть пирсинг в пупке. **Пальпация** кожи – температура, влажность и тургор в норме. Пальпация подкожно-жировой клетчатки – клетчатка выражена, объемных образований не выявлено. **Глубокая пальпация** – живот мягкий, умеренно болезненный в гипогастрии, грыж не выявлено, симптом Щеткина-Блюмрега, Менделя и другие симптомы раздражения брюшины не выявлены. Печень под краем реберной дуги. **Перкуторно** определенные границы печени по Курлову – 10, 8, 7см. Над всем остальным животом перкуторный звук тимпанический, жидкости в отлогих местах не обнаружено. Симптом Ортнера отрицательный.
* **Нервная система.** Сознание ясное, лицо симметрично, косоглазия нет, реакция зрачков на свет живая содружественная. Менингеальных знаков и общемозговых симптомов нет. Парезов и параличей конечностей и мимической мускулатуры не отмечается.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб:

На желтушность кожи и склер, потемнение цвета мочи, постоянную тошноту, снижение аппетита, рвоту после употребления пищи, изжогу, слабость, головную боль, нарушение сна, снижение трудоспособности, боли в суставах, повышение температуры до 37,7С

Из анамнеза настоящего заболевания:

При наступлении желтушности кожных покровов состояние ухудшилось с нарастанием симптомов интоксикации, появилась темная моча.

Из эпиданамнеза

Беспорядочные незащищенные половые контакты

Данных объективного исследования

Желтушность кожных покровов, иктеричность склер, потемнение мочи, можно предположить у больного острый вирусный гепатит.

**План обследования**

1. ОАК
2. ОАМ
3. Биохимический анализ крови (билирубин, трансаминазы, АсТ, АлТ, общий белок, креатинин, мочевина, ГГТ, ЩФ)
4. Тимоловая проба
5. Протромбиновый индекс
6. УЗИ гепатобилиарной системы
7. ПЦР на выявление генотипа HCV
8. Кровь на ВИЧ
9. Кровь на HBsAg
10. Маркеры вирусных гепатитов

**Результаты дополнительных методов исследования**

1. ОАК (7.11.2011г)

Эритроциты 5,07\*1012/л

Гемоглобин - 151 г/л

Гематокрит 0,48

СОЭ - 8 мм/ч

Лейкоциты 6,3\*109/л (лимфоцитов – 27)

Эозинофилы -1

Моноциты 8

1. ОАМ (17.11.2011г.)

Цвет – с\ж

Прозрачность – прозрачная

Реакция – кислая

Относительная плотность – 1011

Белок – 0,033

Лейкоциты 1-2

Эритроциты 10-12

1. Биохимический анализ крови

(07.11.2011г.)

Билирубин – 81 (8,5 – 20,5)

Прямой – 54 (до 15,4)

Непрямой – 27 (до 5,1)

АСТ – 4041 (до 31)

АЛТ – 7636 (до 40)

ЩФ – 654 (до 240)

(17.11.2011г.)

Билирубин – 22 (8,5 – 20,5)

Прямой –16 (до 15,4)

Непрямой – 6 (до 5,1)

АСТ – 251(до 31)

АЛТ – 1091 (до 40)

ЩФ – 407 (до 258)

1. Протромбиновый индекс (17.11.2011г.): 1,5
2. УЗИ ОБП

Заключение: Диффузно-однородные изменения печени, увеличение размеров правой доли печени, диффузные изменения стенок внутрипеченочных протоков, желчного пузыря.

1. ПЦР на HCV(15.11.11) – не обнаружено (в т.ч. на генотипы 1а, 1в, 2 и 3а)
2. Кровь на ВИЧ(15.11.11) – отрицательно
3. Кровь на HBsAg – положительно

**Дневник**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Объективные данные | Дневник | Лечение |
| 18.11.2011 г. | Температура тела – 36,70 С. ЧД – 18 в минуту. АД - 120/80 мм рт.ст., ЧСС 70 ударов в минуту. | Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы бледно розовые, чистые; склеры субиктеричные. Больной жалуется на боли в в правом подреберье, умеренные, усиливающиеся при движениях и почти полностью проходящие в покое и на умеренную слабость и недомогание Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в гипогастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 0,5см; край плотноэластической консистенции, гладкий, безболезненный. Стул нормального цвета, регулярный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отёков голеней и стоп нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, регулярное, моча темно–желтого цвета. | * Таб. «Аевит» по 1 таб/ 3 р.д. * Р-р глюкозы 5% 500,0 +NaCl 0,9% 500,0 в\в кап однократно * Омез 1капс. 2 р\д * Хофитол 1т 2р\д |
| 21.11.2011 г. | Температура тела 36,70 С. ЧД - 16 в минуту. АД 110/80 мм рт. ст., ЧСС 68 ударов в минуту. | Общее состояние больного удовлетворительное тяжести, сознание ясное, кожные покровы бледно розовые, чистые; склеры субиктеричные. Больной жалуется на слабость, беспокойный сон. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги; край плотно-эластической консистенции, гладкий, безболезненный. Стул нормального цвета, регулярный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отёков голеней и стоп нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, регулярное, моча светло–желтого цвета. | * Таб. «Аевит» по 1 таб/ 3 р.д. * Р-р. Рибоксина2% по 10мл в.в./ 1 р.д. * Р-р Никотината натрия 1,7% - 1 мл в.м./ 1 р.д. |
| 22.11.2011 г. | Температура тела 36,60 С. ЧД - 16 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 75 ударов в минуту. | Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы бледно розовые, чистые; склеры субиктеричные. Больная жалуется на некоторую слабость. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги; край плотно-эластической консистенции, гладкий, безболезненный. Стул нормального цвета, регулярный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отёков голеней и стоп нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, регулярное, моча светло–желтого цвета. | * Таб. «Аевит» по 1 таб/ 3 р.д. * Р-р. Рибоксина2% по 10мл в.в./ 1 р.д. * Р-р Никотината натрия 1,7% - 1 мл в.м./ 1 р.д. |
| 23.11.11 | Температура тела 36,60 С. ЧД - 18в минуту. АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 71 ударов в минуту. | Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы бледно розовые, чистые; склеры субиктеричные. Активных жалоб не предъявляет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги; край плотно-эластической консистенции, гладкий, безболезненный. Стул нормального цвета, регулярный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отёков голеней и стоп нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, регулярное, моча светло–желтого цвета. | * Таб. «Аевит» по 1 таб/ 3 р.д. * Р-р. Рибоксина2% по 10мл в.в./ 1 р.д. * Р-р Никотината натрия 1,7% - 1 мл в.м./ 1 р.д. |

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз вирусного гепатита «В» проводят с другими вирусными гепатитами, с желтушными формами псевдотуберкулеза, гемолитическими желтухами, инфекционным мононуклеозом.

Дифференциальный диагноз **гепатитов вирусной этиологии** между собой проводится в настоящее время в основном по результатам наличия тех или иных маркеров в крови.

Другие вирусные инфекции, протекающие с поражением печени, в отличие от вирусных гепатитов характеризуются развитием системных заболеваний с вовлечением в инфекционный процесс не только печени, но и других органов и систем.

При **инфекционном мононуклеозе** так же, как и при гепатите «В», могут наблюдаться такие симптомы как: желтушность склер и кожи, увеличение размеров печени, снижение аппетита, тошнота, потемнение мочи. В биохимическом анализе крови отмечается умеренное увеличение активности ферментов, увеличение показателя тимоловой пробы. Но в отличие от гепатита «В» при инфекционном мононуклеозе присутствует ряд других симптомов, позволяющих провести дифференциальную диагностику: это, прежде всего, наличие в периоде разгара острого тонзиллита (боль в горле, наличие налета на миндалинах), полилимфаденопатии с избирательным заднешейным лимфаденитом, выраженной лихорадки, выявление в крови атипичных мононуклеаров, не свойственных гепатиту «В» и другим вирусным гепатитам. Диагностически информативно отсутствие специфических маркеров HBV.

При **генерализованной форме псевдотуберкулеза** имеется увеличение печени практически у всех больных, появляется желтуха, гипербилирубинемия, гипертрансаминаземия, холиурия и ахолия. Но в отличие от гепатита «В» при псевдотуберкулезе имеются симптомы «капюшона» (гиперемия лица и шеи), «перчаток» и «носков» (гиперемия кистей и стоп). Также одним из отличительных признаков псевдотуберкулеза является наличие точечной сыпи (как бледно-розовой, так и ярко-красной). Со стороны пищеварительной системы отмечается наличие увеличенного в размерах, гиперемированного «малинового языка», имеется болезненность при пальпации в правой подвздошной области, отмечаются положительные симптомы Падалки и Штернберга, могут прощупываться увеличенные и болезненные мезентериальные лимфатические узлы, что не характерно для гепатита.

При **гемолитических желтухах**, в отличие от гепатита «В», редко наблюдается увеличение печени. При гемолитических желтухах в биохимическом анализе крови преобладает непрямая фракция билирубина, тогда как при гепатите преобладает прямая фракция; активность ферментов не изменена, может наблюдаться анемия и другие изменения красной крови (микросфероцитоз, снижение осмотической резистентности эритроцитов).

Можно дифференцировать ВГВ с **желтушной формой лептоспироза** (ЛС), для которого тоже характерен желтушный синдром. А также лабораторные данные будут во многом схожи: повышение уровня билирубина (в основном за счет прямого билирубина, а в данном же случае уровень билирубина повышен за счет непрямого), АЛТ и АСТ (однако не настолько высокое как в данном случае). В тоже время для ЛС не будет свойственно повышение ЩФ (т.е. холестатического синдрома). При ЛС будет выявляться лейкоцитоз (гиперлейкоцитоз) со сдвигом формулы влево и относительной лимфопенией, а при ВГВ будет нормоцитоз (лейкопения) с относительным лимфоцитозом. Однако, основным критерием диф.диагноза будет все таки клиника: бурное начало с высокой лихорадкой (до 400С), выраженнейшая интоксикация, полиорганные поражения, боли и болезненность мышц (особенно икроножных), которые свойственны для ЛС и отсутствуют у данной больной. Таким образом, можно исключить желтушную форму лептоспироза.

Необходимо исключить **желтушную форму псевдотуберкулеза** (ПТК), особенно при условии, что местные проявления (мезаденит, терминальный илеит, острый аппендицит) ПТК выражены слабо или не выражены совсем. Так уровни билирубина, АСТ, АЛТ будут повышены при обоих заболеваниях. Однако, для ПТК больше характерен нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево и эозинофилией, в то время как для ВГВ характерен нормоцитоз (лейкопения) с относительным лимфоцитозом. Также для ПТК характерно сохранение лихорадки при появлении желтухи, а ВГВ свойственна нормализация температуры при появлении желтухи. Таким образом диагноз ПТК маловероятен, однако окончательно можно поставить диагноз после проведения специфических анализов (анализ крови на HBsAg, выделение чистой культуры возбудителя ПТК из крови, мочи и тд., серологические методы выявления At к ПТК).

Вирусный гепатит «В» (ВГВ) необходимо дифференцировать с острым вирусным **гепатитом «С»** (ВГС), хотя желтушная форма острого ВГС встречается довольно редко (чаще протекает субклинически, без желтухи) но ее наличие не исключено у данного отдельно больного. Клинически они очень схожи: постепенное начало преджелтушного периода с астеновегетативным и диспепсическим синдромами, ухудшение состояние при появлении желтухи. По лабораторным данным также много схожего: повышение уровня АЛТ, АСТ, билирубина (хотя для ВГС не характерно столь высокое повышение как в данном случае), тимоловой пробы, ЩФ характерны как для ВГВ, так и для ВГС. Коричнево-желтый цвет мочи и кислая ее реакция также характерно для обоих. Так же для обоих будет характерен нормоцитоз (лейкопения) при относительном лимфоцитозе. И дифференцировать эти нозологии можно только посредством специфических анализов. Так отрицательная ПЦР на HCV позволяет с большой долей вероятности исключить ВГС, а положительный анализ крови на HBsAg позволяет подтвердить ВГВ.

**Обоснование клинического диагноза**

На основании клиники был поставлен предварительный диагноз острый вирусный гепатит, который удалось подтвердить и детализировать посредством дополнительных методов исследования.

Нормоцитоз с относительным лимфоцитозом указывает на вирусную природу заболевания (т.к. лимфоцитоз обычно не характерен для вирусных инфекций). Коричнево-желтый цвет мочи, и кислая ее реакция указывают на билирубинурию. Повышение уровня трансаминаз (АЛТ, АСТ) говорит о цитолитическом синдроме, повышение уровня ЩФ говорит о холестатическом синдроме – совокупность этих синдромов характерна для поражения печени при вирусном гепатите. Повышение уровня билирубина до 84 ед. подтверждает желтушный синдром и позволяет определить степень тяжести как среднюю. Положительный анализ крови на HBsAg подтверждает инфицированность больной HBV.

Все эти данные в совокупности позволяют поставить следующий диагноз:

«Острый вирусный гепатит «В», HBsAg положительный, желтушная форма с цитолитическим и холестатическим синдромом, средней степени тяжести».

**План лечения**

1. Госпитализация – по клиническим показаниям, госпитализации подлежат все больные острым гепатитом «В»
2. Режим – свободный
3. Диета – Стол № 5
4. **Витаминотерапия** (Аевит, никотиновая кислота и т.п.)

Rp.: Capsulis «Aeviti» № 60

D.S.: по 1 капсуле внутрь 3 раза в день.

Rp.: Sol. Natrii nicotinatis 1,7 % 1 ml

D.t.d. № 10 in ampullis

S.: по 1 мл внутримышечно 2 раза в день

1. **Препараты стимулирующие метаболические процессы**

Rp.: Sol. Riboxini 2% 10 ml

D.t.d. № 10 in ampullis

S.: по 10 мл внутривенно 1 раз в день

1. **Дезинтоксикационная терапия**

Rp.: Sol. «Reopoliglukinum» 400 ml

D.S.: по 400 мл внутривенно 1 раз в день

1. **Желчегонные**

Rp.: Tab. "Allocholum" obd. N. 50

D.S. По 2 таблетки 3 раза в день (после еды)

1. **Антиоксиданты**

Rp.: Sol. Ас. аscorbinici 5 % 1 ml

D.t.d. N. 20 in ampull.

S. По 1 мл в мышцы 2 раза в день

1. **Спазмолитическая терапия**

Rp.: Tab. No-spa 0,04 N10

S. По 1таб 2р/д

**Профилактика**

Профилактика должна быть направлена во-первых на выявление больных вирусными парентеральными гепатитами и вирусоносителей для предупреждения заражения их родственников и близких людей. Также необходимо воздействие на естественный и искусственный пути передачи. **Естественный**: использование барьерных контрацептивов, лечение инфицированных беременных и их родоразрешение путем кесарева сечения. **Искусственный**: соблюдение правил асептики как в учреждениях здравоохранения так и в косметических и других салонах занимающихся инвазивными процедурами (пирсинг, татуировки и т.п.). А также необходимо проведения вакцинопрофилактики среди групп риска (мед. работники, работники сексуального бизнеса и т.п.)

**Эпикриз**

* 7 ноября больной был госпитализирован с жалобами на желтушность кожи и склер, потемнение цвета мочи, постоянную тошноту, снижение аппетита, рвоту после употребления пищи, изжогу, слабость, головную боль, нарушение сна, снижение трудоспособности, боли в суставах, повышение температуры до 37,7С

Объективно определялась выраженная желтушность склер и болезненность в правом подреберье. В ходе проведения дополнительных методов исследования было выявлено: нормоцитоз с относительным лимфоцитозом, гипербилирубинемия преимущественно за счет непрямой фракции, повышение активности трансаминаз (АЛТ, АСТ), признаки холестаза (ЩФ), диффузные изменения печени по УЗИ). Также был получен положительный анализ крови на HBsAg.

На основании всего указанного выше был поставлен клинический диагноз: «Острый вирусный гепатит «В», HBsAg положительный, желтушная форма с цитолитическим и холестатическим синдромом, средней степени тяжести».

Было назначено лечение таб. «Аевит» по 1 таб/ 3 р.д., р-р. Рибоксина2% по 10мл в.в./ 1 р.д., р-р Никотината натрия 1,7% - 1 мл в.м./ 1 р.д., р-р «Реополиглюкин» 400 мл. в.в./1р.д. На момент окончания курации больной не предъявляет жалоб по поводу своего состояния, однако отмечается остаточная субиктеричность склер. Пациент будет выписан после получения повторных лабораторных анализов, при условии что его состояние будет улучшаться (снижение билирубина, АЛТ, АСТ, ЩФ, тимолового индекса).

Пациент будет состоять на диспансеризации в течение года, когда у него несколько раз будут взяты анализа крови на HBsAg, после чего будет определено произошла хронизация процесса или нет.

**Прогноз:** в целом для этой больной прогноз благоприятный поскольку хронизация гепатита «В» происходит в 5-10% случаев преимущественно у людей с отягощенным преморбидным фоном (алкоголизм, наркомания, плохое питание и т.п.). В случае выздоровления иммунитет стойкий и повторное заражение практически исключено. Однако больному необходимо соблюдать рекомендации данные в разделе профилактика, поскольку есть риск заражения HCV.

**Литература**

1. Гранитов В.М., Орлов В.И., Никулина М.А. – Схема клинической истории болезни и практические навыки по инфекционным болезням – г.Барнаул, 2004г
2. Покровский В.И., С.Г. Пак – Инфекционные болезни и эпидемиология – М: ГЭОТАР-МЕД, 2004, г.
3. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я – Инфекционные болезни – М: Медицина, 2003 г.