#### Паспортная часть

38 лет

Семейное положение не замужем

Специальность, место работы водитель

Дата поступления 3 октября 2003 года, 1100

##### Кем направлен больной Поликлиника №2

Диагноз при поступлении: Острый вирусный гепатит неясной этиологии

Окончательный диагноз:

Основное заболевание: Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, легкой степени тяжести.

Осложнения основного заболевания:

Сопутствующие заболевания:

Хронический первичный простой бронхит, фаза ремиссии. ДН 0.

### Жалобы

При поступлении:

1. на слабость, вялость, разбитость, плохой сон
2. снижение аппетита – однако без отвращения к пище
3. тошнота, иногда связанная с приемом пищи, однако рвоты не было; изжога, отрыжка воздухом с кислым привкусом после еды
4. на потемнение мочи («цвета пива»), светлый кал
5. на желтушность кожи, языка и склер
6. чувство тяжести в правом подреберье - неинтенсивное, однако достаточно постоянное ощущение)

На момент курации:

1. на желтушность склер
2. слабость, разбитость, бессонницу (тяжело заснуть)

Анамнез заболевания.

Считает себя больной примерно с середины сентября, когда появились признаки общего недомогания: слабость, вялость разбитость, нарушение аппетита. Симптомы появлялись постепенно, сама больная считала их проявлением простудного заболевания. Примерно 27-28 сенября впервые отметила потемнение мочи («цвета пива»), помутнение ее. В это же время кал, со слов пациентки, стал бесцветным, «матовым». Примерно в это же время пациентка стала отмечать желтушность склер и кожных покровов, однако резкого нарастания желтухи отметить не может, считает, что симптомы появились постепенно. При появлении признаков желтухи слабость, нарушения аппетита, тошнота и отрыжка, нарушения сна усилились; появилось ощущение тяжести, «камня» в правом подреберье. 2 октября обратилась к терапевту по месту жительства (поликлиника №2), была направлена в инфекционное отделение городской больницы №3, куда и госпитализирована 3 октября 2003 года.

Эпидемиологический анамнез.

Больная проживает в благоустроенной квартире, совместно с ней проживает сожитель, дочь 17 лет и сын 20 лет, ни у кого никогда желтуха не проявлялась, диагноз «гепатит» не ставился. Сожитель в начале сентября выписан из хирургического отделения, где перенес операцию на желудке по поводу язвенной болезни. Личную гигиену больная соблюдает, употребление немытых овощей, фруктов, не кипяченого молока и воды отрицает. Педикулез в семье отрицает.

Прививки от гриппа, дифтерии, клещевого энцефалита (последняя – 2000 год).

 В последние несколько месяцев за пределы г. Томска в последние несколько месяцев не выезжала.. Речную рыбу потребляет в больших количествах; в 1990 году проходила курс лечения по поводу описторхоза, однако после проведенной терапии продолжает есть речную рыбу (в любом виде). Дома длительно лихорадящих и вообще больных нет. Профессиональные вредности – переохлаждение (водитель трамвая). Вредные привычки – курение (около 1 пачки в день), прием алкоголя эпизодически («по праздникам»). Присасывания клеща отрицает, клещевым энцефалитом и клещевым боррелиозом не болела.

Гепатит в анамнезе отрицает. Кровь из вены последний раз сдавала весной 2003 года, однако никаких отклонений от нормы не выявлено. Питается чаще дома. Наркотические средства, в том числе инъекционные, не употребляет. Половые контакты с сожителем, другие контакты весной 2003 года, незащищенные. Донором крови не была, реципиентом также. Медицинские вмешательства: в мае проходила лечение у стоматолога, в июне – гинеколог убрал внутриматочную спираль, в июле – удаление папилломы гинекологом.

Анамнез жизни.

Больная родилась в 1965 году в срок, вскармливалась грудью. В детстве в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Перенесла корь, краснуху, острые респираторные заболевания. Прививок в детстве не помнит. 4 раза болела пневмонией – до школы, в 1 клаасе, в 16 лет, в 1997 году. Курит с подросткового возраста, делала перерыв на время беременности и кормления грудью. Сейчас курит 0,5-1 пачку в день. Алкоголь употребляет редко, в основном вина. Менархе с 13 лет, регулярные, по 3 дня через 28 дней, безболезненные. Имеет двоих детей (сын 20 лет, дочь 17 лет),здоровых. Перенесла 4 аборта. На ФЭГДС в 2001 году обнаружен поверхностный гастрит. В течение 10 лет болеет хроническим бронхитом, обострения обычно весной и осенью, проявляются продуктивным кашлем с отхождением небольшого количества зеленоватой мокроты. Ревматизм, малярию, туберкулез, венерические и нервно психические заболевания у себя и ближних отрицает. Ранений, переломов и контузий не было.

Семейный анамнез.

Отец больной жив, однако о нем нет данных с 1971 года. Мать жива, страдает гипертонической болезнью. Две сестры больной здоровы. Дети здоровы.

Аллергологический анамнез.

Непереносимость лекарственных средств отрицает. Аллергические реакции (ринит, конъюнктивит, бронхоспазм) на лакокрасочные изделия.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

Status praesens communis.

**Общий осмотр:**

Состояние больной: при поступлении средней степени тяжести за счет симптомов интоксикации. На момент курации – удовлетворительное.

Температура: при поступлении 36,8°, на момент курации 36,7°

Пульс при поступлении 70 уд/мин, на момент курации 74 уд/мин.

Частота дыхательных движений: при поступлении 21 в минуту, на момент курации 17 в минуту.

Положение: активное

Выражение лица: осмысленное

Рост: 168 см, вес – 65 кг.

*Кожные покровы* при поступлении: бледные с желтушным оттенком, тургор сохранен, кожа гладкая, умеренно влажная, эластичная; сыпи и рубцов нет. Видимые слизистые с желтоватым оттенком, склеры иктеричны. На момент курации:

*Подкожная клетчатка* избыточно развита в области живота. Отеков нет. Толщина кожной складки на уровне пупка 4 см.

*Мускулатура* развита симметрично, в умеренной степени, нормотонична, сила симметричных групп мышц конечностей сохранена и одинакова. Болезненности при активных и пассивных движениях нет. Параличей, парезов, судорог нет.

*Суставы* Плечевые, локтевые, лучезапястные, межфаланговые, тазобедренные, голеностопные обычной конфигурации, безболезненные, при активных и пассивных движения ограничения подвижности не наблюдается, хруст и флюктуация отсутствуют. Коленные суставы обычной конфигурации, не деформированы, подвижность в полном объеме. Отмечается болезненность в шейном отделе позвоночника при повороте головы вокруг вертикальной оси.

*Развитие скелета* положение головы нормальное, лицевой и мозговой череп развиты пропорционально. Искривления позвоночника отсутствуют, болевых точек не выявлено.

*Лимфатические узлы*  паховые, подключичные, локтевые, бедренные, подколенные не пальпируются. Подчелюстные, шейные, подмышечные лимфоузлы размером 0,5 – 1 см, эластичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями.

*Слизистые оболочки* рта при поступлении: желтоватой окраски, влажные. Язык умеренно обложен белесоватым налетом, суховат. На момент курации: слизистые оболочки рта розовые с желтоватым оттенком, уздечка языка желтая, язык умеренно обложен белым налетом у корня.

*Волосы* естественной окраски, густые, выпадения и сухости не отмечается.

*Глотка:* отмечается умеренная гиперемия небных дужек и задней стенки глотки. Миндалины нормальных размеров, не гиперемированы, при прикосновении безболезненны.

*Зубы:* многочисленные кариозные полости, часть зубов протезирована, некоторые – запломбированы.

## **ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

#### **Осмотр грудной клетки:**

 - Форма цилиндрическая

1. симметрична
2. эпигастральный угол 900
3. ход ребер косой
4. межреберные промежутки нормальной ширины
5. над- и подключичные ямки выражены умеренно
6. движения грудной клетки при дыхании равномерные

Тип дыхания брюшной, глубина и ритм сохранены, частота дыхательных движений 17 в минуту, вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют

#### **Пальпация грудной клетки**

При пальпации болевые точки не определяются. Грудная клетка эластичная.

Голосовое дрожание: над симметричными участками грудной клетки передних, задних и боковых отделов голосовое дрожание проводится одинаково.

#### **Перкуссия грудной клетки**

#### *Сравнительная перкуссия легких (глубокая перкуссия)*

Над передними, боковыми и задними отделами легких справа и слева перкуторный звук одинаков в симметричных точках. Гамма звучности (громкая перкуссия) над передними и задними отделами грудной клетки сохранена.

#### *Топографическая перкуссия легких (тихая перкуссия)*

|  |
| --- |
| **Нижние границы** |
|  | Справа | Слева |
| **Окологрудинная линия** | V межреберье | - |
| **Среднеключичная линия** | VI ребро | - |
| **Передняя подмышечная линия** | VII ребро | VII ребро |
| **Средняя подмышечная линия** | VIIIребро | VIII ребро |
| **Задняя подмышечная линия** | IX ребро | IX ребро |
| **Лопаточная линия** | X ребро |  X ребро |
| **Околопозвоночная линия** | Th11 | Th11 |

**Аускультация легких** При форсированном выдохе и спокойном дыхании при аускультации легких в клино- и ортостатическом положении дыхание над периферическими отделами легких везикулярное. Выслушиваются сухие «трескучие» хрипы над всеми отделами легких.

# **СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

Видимых изменений в области сердца не выявлено. Видимая пульсация в области сердца и эпигастральной области отсутствует.

Верхушечный толчок на 1 см кнутри от среднеключичной линии, положительный, ограниченный, не усилен. При пальпации болевых точек в области сердца не выявлено.

#### Перкуссия сердца

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Границы** | **Относительной тупости** | **Абсолютной тупости** |
| Левая | *По срединноключичной линии в V межреберье* | *Кнутри на 1 см от срединно-ключичной линии в V межреберье*  |
| Верхняя | *III ребро* | *Верхний край IV ребра*  |
| Правая | *IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины* | *В IV межреберье по левому краю грудины* |

**Ширина сосудистого пучка** 4 см

#### **Аускультация сердца**

Выслушиваются тоны: ясные, ритмичные

* I тон на верхушке, совпадает с верхушечным толчком, пульсом на лучевой артерии, выслушивается после длительной паузы, громче II тона, ниже по тональности, чем II тон.
* II тон на основании сердца, громче, чем I тон, выше по тональности, чем I тон, выслушивается после короткой паузы.

Побочных шумов не выявлено.

При осмотре сосудов капиллярный, венный пульс не определяется.

#### **Артериальное давление**

На правой руке 120/70 мм рт. ст.

На левой руке 120/70 мм рт. ст.

Пульсовое давление 50 мм. рт. ст.

###### Артериальный пульс на лучевых артериях

Отмечены следующие свойства пульса:

1. на обеих руках симметричный, ритмичный.
2. частота 74 уд. в мин
3. пульс умеренного напряжения
4. пульс нормальной величины
5. форма пульсовой волны правильная
6. сосудистая стенка не уплотнена
7. дефицита пульса нет

##### **ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Живот мягкий, обе половины симметричные, брюшная стенка участвует в акте дыхания равномерно, грыжевых выпячиваний и послеоперационных рубцов нет.. Тонус мышц передней брюшной стенки умеренный. Подкожная венозная сеть, видимая перистальтика кишечника, метеоризм отсутствуют. Толщина кожной складки на уровне пупка 4 см.

Данных, свидетельствующих о наличии свободной жидкости в брюшной полости, нет.

#### *Пальпация живота*

**Поверхностная пальпация**: при пальпации живот мягкий, безболезненный, грыжевые выпячивания отсутствуют

**Глубокая пальпация**:

А) Сигмовидная кишка – расположена правильно, на средней трети ориентировочного расстояния (перпендикуляр от пупка до линии, соединяющей ость подвздошной кости и пупартову связку), диаметр 2,5 см, эластичная; стенка гладкая, ровная; подвижность 3-4 см, безболезненная, урчания при пальпации нет.

Б) Слепая кишка – расположена в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости, диаметр 4-5 см; эластичная; стенка гладкая, подвижность достаточная (2 см); безболезненна, определяется урчание.

В) Восходящая и нисходящая ободочная кишка – не пальпируются

Г) Поперечно-ободочная кишка – не пальпируется

#### *Исследование желудка*

**Перкуссия**: граница нижнего края желудка находится на 2 см выше пупка.

**Аускультация:** граница нижнего края желудка соответствует таковой при перкуссии. Шум плеска не определяется.

**Пальпация** стенка большой кривизны желудка ровная, эластичная, подвижная (2 см), безболезненная. Привратник не пальпируется.

**Поджелудочная железа:** Зоны Шоффара и Губергрица безболезненны. Боль при пальпации в точке Мейо-Робсона отсутствует

#### *Исследование печени*

**При перкуссии**

При поступлении: Верхняя граница – верхний край 6 ребра. Нижняя граница: печень выступает за край реберной дуги по среднеключичной линии на 2 см, по переднеподмышечной на 2,5 см, по среднеподмышечной на 1,5 см. На момент курации: Верхняя граница – верхний край 6 ребра. Нижняя граница: печень выступает за край реберной дуги по среднеключичной линии на 1,5 см, по переднеподмышечной на 2 см, по среднеподмышечной на 1,5 см.

#### Размеры печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| Размер | См |
| По срединно-ключичной линии от верхней границы абсолютной тупости печени до нижней границы | 12,5 |
| От основания мечевидного отростка до нижней границы по срединной линии  | 10 |
| От основания мечевидного отростка до левой границы | 9,5 |

#### *Пальпация печени:*

При поступлении: край печени ровный, немного закруглен, плотно-эластичный, умеренно болезненный. На момент курации: край печени ровный, немного закруглен, консистенция плотно-эластичная, болезненности при пальпации нет.

Симптомы Кера, Мерфи, Курвуазье, Пекарского, Боаса, френикус-симптом отрицательные.

#### *Исследование селезенки*

Проведена перкуссия:

|  |  |
| --- | --- |
| Верхняя граница | Верхний край VIII ребра |
| Нижняя граница | Уровень XI межреберья |
| Передний нижний полюс | Не выходит за пределы linea costoarticularis  |
| Задний верхний полюс | По лопаточной линии |

Поперечник 6 см, длинник 10 см.

#### Пальпация селезенки: не пальпируется

**МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА.**

#### *Исследование почек*

Не пальпируются. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный.

*Исследование мочевого пузыря*

При перкуссии мочевой пузырь не определяется. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Цвет мочи: припоступлении холурия, «цвета пива»; на момент курации

*Половые органы*: по женскому типу

**НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ**

Умственное развитие соответствует норме, сон плохой (пресомническая бессонница); настроение устойчивое, реакция на окружающее адекватная. Отношение к своему заболеванию адекватное, контакт с окружающими хороший. Сухожильные, зрачковый рефлексы без отклонений. Патологические рефлексы (Бабинского , Россолимо, Гордона, Шефера отрицательные. Ригидности мышц затылка нет, Симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний и нижний) отрицательные. Проба Ромберга: мелкий тремор пальцев рук, легкая неустойчивость с закрытыми глазами, покачивание в передне-заднем напрвлении. Пальце-носовая проба: мимопопадания нет. Болевая и тактильная чувствительность сохранена. Нарушения высших мозговых функций (апраксия, аграфия, афазия, агнозии) не выявлены.

Назначенный режим и терапия.

1. Режим палатный.
2. Стол №5 по Певзнеру (питание 4-5 раз в сутки, механическое и химическое щажение, жидкость до 2 литров/сут, особенно ограничить жирную и жареную пищу)
3. Инфузионная терапия (растворы глюкозы с аскорбиновой кислотой, «ацесоль»)
4. Рибоксин – по 1 таблетке 3 раза в день
5. Ферментные препараты: Мезим форте по 2 драже 3 раза в день во время еды.

План обследования.

1. ОАК. Назначаем для выявления симптомов, характерных для вирусного поражения, то есть лейкопении, может быть увеличение моноцитов, повышение СОЭ.
2. ОАМ. Так как мы подозреваем патологию печени, проводим анализ для обнаружения желчных пигментов в моче (билирубин, уробилин)
3. Копрограмма
4. биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба, общий белок крови, глюкоза, креатинин)
5. Коагулограмма (нас интересует ПТИ для определения сохранности белоксинтезирующей функции печени)
6. УЗИ органов брюшной полости (исключение факторов, которые могут привести к обтурации внутри- и внепеченочных желчных протоков – камни из желчного пузыря, скопления гельминтов, опухоли, стриктуры)
7. Кал на яйца глист (трехкратно)
8. Маркеры вирусных гепатитов А, В, С, D
9. Реакция Вассермана
10. ИФА на антитела к ВИЧ

Предварительный диагноз.

Острый вирусный гепатит В(?), острый гепатит С(?), желтушная форма, легкой степени тяжести.

Диагноз выставлен на основании жалоб (слабость, вялость, разбитость, плохой сон; потеря аппетита; желтушность кожи, склер и слизистых; потемнение мочи и посветление кала), анамнеза данного заболевания (характерная цикличность в развитии заболевания: постепенное начало, преджелтушный период в течение двух недель с астеновегетативными и диспепсическими расстройствами; постепенное появление симптомов желтухи; ухудшение общего состояния, более выраженная интоксикация при появлении желтушного симптомокомплекса), эпидемиологического анамнеза (активная половая жизнь, причем весной – незащищенные сексуальные контакты; несколько медицинских вмешательств – стоматологические, гинекологические), данных объективного обследования – желтушность кожных покровов, склер и видимых слизистых; значиетльное увеличение всех размеров печени, сглаженность ее края и болезненность при пальпации, хотия пузырные симптомы при этом отрицательные.

Лабораторные исследования.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (3.10.2003)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| показатель | Hb г/л | Эритр 1012 л | Цветной показатель | Лейкоциты 109 л | СОЭ мм/ч | Лейкоцитарная формула |
| 1. 10. 2002 | 122 | 4,1 | 0,9 | 6,0 | 23 | П | С | Э | Л | М |
|  |  |  |  |  |  | 2 | 50 | 2 | 30 | 16 |

Заключение: Отмечается повышение СОЭ и моноцитоз – признаки, характерные для воспалительного процесса вирусной этиологии.

Биохимический анализ крови 3.10.2003

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Количество |
| Билирубин общий/прямой | 60,8/50,4 мкмоль/л |
| Общий белок г/л | 76,1 |
| Глюкоза ммоль/л | 4,0 |
| АсАТ | 2,37 |
| АлАТ | 5,77 |
| Разведение АлАТ 1:10 | 3,11 |
| Креатинин мкмоль/л | 67,7 |
| Тимоловая проба (ед.- SH) | 9,6 |

Заключение: Значительного поышение билирубина крови в основном за счет прямого (конъюгированного билирубина, что позволяет склониться к паренхиматозному или механическому варианту желтухи; значительное повышение тимоловой пробы свидетельствует о наличии мезенхимального воспаления (диспротеинемия с увеличением доли глобулинов). Также отмечается значительная ферментемия, сильнее повышена АлАт (коэффициент де Ритиса составляет 0,41, что характерно для гепатита); кроме того, положительна проба с разведением сыворотки в 10 раз – активность АлАТ составила 53%.

Коагулограмма (4.10.2003)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатели | количество | норма |
| ПТИ | 100 % | 80-105 |

Заключение: Протромбиновый индекс в пределах нормы.

Реакция Вассермана (4.10.2003) – отрицательная

Общий анализ мочи (3.10.2003)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Результат |
| Цвет | Желто-коричневый |
| Прозрачность | снижена |
| Удельный вес | 1,018 |
| Белок | отр |
| Лейкоциты | 2-3 в поле зрения |
| Плоский эпителий | Единичные клетки в поле зрения |
| Эритроциты | Единичные в поле зрения |
| Билирубин | ++ |

Заключение: отмечается выраженная билирубинурия с изменением окраски и прозрачности мочи, что может быть проявлением синдрома холестаза.

Реакция Вассермана (5.10.2003) – отрицательная

ИФА на антитела к ВИЧ (5.10.2003) - отрицательный

Маркеры вирусных гепатитов (6.10.2003)

(иммуноферментный анализ)

ВГА ранние АТ отр.

ВГВ

 НВs-АГ положит.

 Анти-НВs отр.

 НВе-АГ отр.

 Анти-НВе положит.

 Анти НВcor суммарн. положит.

Анти НВсor ранние положит.

ВГС

 Анти-ВГС IgG отр.

Анти-ВГС IgМ отр.

ВГД суммарн. АТ отр.

Заключение: Выявлены маркеры острого вирусного гепатита В. Маркеры других гепатитов не обнаружены.

Копрологический анализ (7.10.2003)

Нейтральный жир ++

Жирные кислоты ++

Непереваренная клетчатка ++

Эритроциты 3-4 в поле зрения

Лейкоциты 1-2 в поле зрения

Яйца глист не обнаружены

Заключение: отмечается сниженное ферментативное расщепление и всасывание жиров и клетчатки.

УЗИ органов брюшной полости (10.10.2003)

*Печень* выступает из-под края реберной дуги на 2-2,5 см; поверхность ровная. Ткань однородная, повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок сохранен. Желчные протоки не расширены.

*Желчный пузырь* 65×23 мм, стенка утолщена до 5 мм, ровная, содержимое однородное, конкрементов нет.

*Поджелудочная железа* в размерах не увеличена, ткань однородная, умеренной эхогенности

*Селезенка* 11/40 мм, структура однородная

*Почки* (лежа) расположены обычно. Размеры левой 102х57 мм, правой – 100х58 мм. Дыхательная подвижность сохранена, паренхиматозный слой 13 мм, хорошо дифференцируется от почечного синуса. Полостные структуры не расширены, конкременты не определяются.

Заключение: Отдельные признаки хронического холецистита.

Биохимический анализ крови 13.10.2003

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Количество |
| Билирубин общий/прямой | 35,4/25,2 мкмоль/л |
| АсАТ | 2,1 |
| АлАТ | 2,07 |
| Тимоловая проба (ед.- SH) | 9,6 |

Заключение: За время лечения значительно снизились показатели как общего, так и прямого билирубина, хотя остаются по-прежнему выше нормы. Сохраняется гиперферментемия и повышенная тимоловая проба, однако за прошедшее время отмечается положительная динамика – снижение этих показателей.

Дневник курации больного.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | t°, пульс, АД | Течение заболевания |
| 17.10 | t° 36,8; пульс 72 уд/мин, АД 125/80 мм. рт. ст. | Знакомство с пациентом, первичный сбор жалоб и анамнеза, в том числе эпидемиологического. Жалобы на желтушность склер, слабость, вялость, бессонницу. Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание полное. Кожные покровы бледные, с желтоватым оттенком. Уздечка языка и склеры иктеричны, язык обложен белым налетом у корня. Сухие «трескучие» хрипы над всеми отделами легких. Печень выступает за край реберной дуги на 1,5-2 см, болезненна при пальпации, край закруглен. Пузырные симптомы отрицательные. Увеличение размеров печени по Курлову (12,5 – 10 – 9,5). По другим системам органов без выраженных изменений. Признаков ахолии и холурии нет. |
| 18.10 | t° 36,6; пульс 64 уд/мин, АД 120/75 мм. рт. ст. | Самочувствие значительно не изменилось. Жалобы на вялость, разбитость. Объективно: состояние удовлетворительное. Иктеричность склер сохраняется, по системам органов без динамики. Знакомство с лабораторными анализами пациентки, проведенными за время пребывания в стационаре. |
| 20.10 | t° 36,7; пульс 68 уд/мин, АД 115/75 мм. рт. ст. | Пациентка отмечает улучшение общего самочувствия после пребывания дома: исчезновение слабости, разбитости, нормальный сон. Активных жалоб не предъявляет. Объективно: состояние удовлетворительное. Иктеричность склер сохраняется, по системам органов без динамики. Печень менее болезненна, чем в первые дни курации. |
| 21.10 | t° 36,7; пульс 68 уд/мин, АД 115/75 мм. рт. ст. | Активных жалоб не предъявляет. Чувствует себя хорошо, интересуется днем выписки. Объективно: состояние удовлетворительное. Склеры скорее субиктеричны, по системам органов без динамики. Печень менее болезненна, чем в первые дни курации, выступает за край реберной дуги на 0,5-1 см. |

Окончательный диагноз и его обоснование.

На основании жалоб, анамнеза данного заболевания, эпидемиологического анамнеза, объективного обследования и данных параклинических исследований выставлен следующий диагноз:

Окончательный диагноз:

Основное заболевание: Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, легкой степени тяжести.

Осложнения основного заболевания:

Сопутствующие заболевания:

Хронический первичный простой бронхит, фаза ремиссии. ДН 0.

Во-первых, обращают на себя данные эпидемиологического анамнеза: наличие незащищенных половых контактов с партнерами, здоровье которых неизвестно; три инвазивных медицинских вмешательства за период май-июль этого года (стоматолог, гинеколог). Таким образом, инкубационный период составляет примерно 3-4 месяца, что соответствует средней продолжительности его при гепатите В.

Начало заболевания постепенное, отмечается выраженная цикличность патологического процесса. Преджелтушный период протекал по смешанному варианту, можно выделить астеновегетативный синдром (слабость, вялость, разбитость, нарушения сна, отсутствие аппетита) и диспепсический синдром (тошнота, связанная с приемом пищи, изжога, отрыжка воздухом). В конце преджелтушного периода больная отметила потемнение мочи («цвета пива») и светлый матовый кал (холурия и ахолия), после чего появились первые признаки желтухи – иктеричность склер и слизистых рта. Желтуха постепенно нарастала, проявилась желтушность кожных покровов. Однако с появлением желтухи состояние больной ухудшилось, интоксикация стала более выраженной, усилились диспепсические расстройства, появилось ощущение тяжести, «камня» в правом подреберье.

Из объективного осмотра обращает на себя внимание иктеричность кожи, склер и слизистых; обложенность языка; увеличение границ печени – печень выходит из-под реберной дуги на 2-2,5 см, размеры по Курлову 12,5 – 10 – 9,5 см, край печени закруглен, болезненный при пальпации. В то же время симптомы желчного пузыря отрицательные. Цвет мочи – буро-желтый, кал светлый.

Из лабораторных данных обращает на себя внимание повышение СОЭ и моноцитоз в ОАК, что свидетельствует о воспалительной реакции скорее вирусной этиологии. В ОАМ – билирубинурия, изменение цвета и прозрачности мочи. В биохимическом анализе крови – значительное повышение общего билирубина в основном за счет прямого билирубина (60,8/50,4 мкмоль/л), повышение активности аминотрансфераз, причем коэффициент де Ритиса составил 0,41, что характерно для гепатита. Также повышена тимоловая проба (9,65 ед. SH), выявляющая сдвиг в сторону грубодисперсных белков плазмы. Судя по копрограмме – нарушено переваривание жиров, что может указывать как на механическую, так и на паренхиматозную желтуху. Диагноз удалось подтвердить ИФА на маркеры вирусных гепатитов – имеются маркеры острого вирусного гепатита (HbsAg, анти-Hbcor IgM)при отсутствии маркеров других вирусных гепатитов.

Учитывая имеющиеся данные, удалось выявить следующие синдромы:

1. Интоксикации. Сюда относится слабость, вялость, разбитость, нарушения сна, анорексия, диспепсические расстройства.

2. Синдром цитолиза. Клинически этот синдром проявляется интоксикацией, сюда можно частично отнести и желтуху (при гибели гепатоцита нарушается барьер между кровеносными сосудами и желчными протоками), из лабораторных данных – гиперферментемия (АлАТ, АсАТ) и снижение коэффициента де Ритиса менее 0,7 (0,41)

3. Синдром холестаза. Клинические критерии: Печень увеличена, болезненна; наблюдается холурия и ахолия кала; желтушность кожи, слизистых и склер. Лабораторные критерии: повышение общего билирубина сыворотки, в основном за счет прямого (конъюгированного) билирубина; наличие желчных пигментов в моче.

4. Синдром мезенхимального воспаления: Лабораторный критерий – значительное повышение тимоловой пробы (до 9 ед.SH), что свидетельствует о диспротеинемии. К сожалению, электрофоретическое разделение белков сыворотки не было проведено.

Наличие всех проявлений желтухи позволяет поставить желтушную форму заболеваня. Умеренно выраженная интоксикация, цифры билирубина менее 85 мкмоль/л, нормальный протромбиновый индекс и выраженная положительная динамика в снижении АлАТ позволяют интерпретировать симптоматику как проявления легкой степени тяжести данного заболевания.

Дифференциальный диагноз.

Для постановки окончательного диагноза острого вирусного гепатита В требуется проведение дифференциальной диагностики между сходными заболеваниями, как инфекционными (с вирусным гепатитом А, желтушной формой лептоспироза, псевдотуберкулеза), так и неинфекционными (острый алкогольный гепатит, механическая желтуха).

**1.** Как при вирусном гепатите В, так и при желтушной форме лептоспироза наблюдается желтуха, болезненная увеличенная печень, высокая билирубинемия. Но для лептоспироза важны данные эпидемиологического анамнеза: купание в загрязненных водоемах, контакт с животными где-то за 30 дней до заболевания, что больной отрицает. Обращает на себя внимание то, что пациентка живет половой жизнью механически не предохраняясь, имеется один постоянный половой партнер (со слов больной, но были и другие контакты).

Различается при этих заболеваниях и преджелтушный период. При лептоспирозе токсические проявления выражены ярче и имеют особенности: больные жалуются на высокую температуру тела, сильную головную боль, большую слабость; очень характерны - миалгии, особенно икроножных мышц; температура держится весь преджелтушный период, при этом могут выявляться герпетические высыпания, полиморфная сыпь, увеличение лимфатических узлов. Напротив же у нашей пациента лихорадки не было, преобладали астенические симптомы (выраженная слабость, недомогание, нарушения сна), диспепсические - чувство тошноты, ухудшение аппетита. С возникновением желтухи симптомы интоксикации при лептоспирозе уменьшаются, в данном клиническом случае – наоборот усилились.

При лептоспирозе в желтушный период мы можем выявить геморрагии и поражение почек, (анурию, болезненность в поясничной области, азотемию), чего мы не видим у больной, зато в ОАМ определяется протеинурия и билирубинурия.

 Окончательным этапом в дифференцировке данных заболеваний являются лабораторные исследования.

 Очень важны биохимические показатели: при высоком уровне билирубина при лептоспирозе умеренно повышена активность АлАТ и АсАТ, в отличие от нашей больной, эти показатели увеличены в несколько раз, а также увеличена тимоловая проба. И, наконец, в данном случае обнаруживаются маркеры к вирусному гепатиту В, что позволяет окончательно поставить диагноз «острый вирусный гепатит В».

**2.** В данном случае нужно с пристальным вниманием отнестись к дифференциальной диагностике вирусного гепатита и механической желтухи при ЖКБ, так как эти заболевания протекают без выраженных симптомов интоксикации, присутствует желтуха, больные ощущают тяжесть в правом подреберье и эпигастралънои области, для обоих заболеваний характерно посветление кала, потемнение мочи, высокий уровень общего билирубина. Механическая желтуха развивается в результате частичной или полной непроходимости желчевыводящих путей с нарушением пассажа желчи в кишечник. В отличие от гепатита для механической желтухи не характерен особенный эпидемиологический анамнез. Заболевание развивается постепенно, но для гепатита характерна цикличность (преджелтушный период, желтуха, что и видим унашей больной), для механической желтухи - медленное, прогрессирующее нарастание симптомов. При очень длительной механической желтухе кожный покров приобретает черновато-бронзовую окраску. В данном случае цвет кожных покровов желтый, при гепатите меняется только интенсивность цвета кожи. При подпеченочной желтухе, обусловленной ЖКБ, в начале заболевания появляются характерные приступообразные боли по типу печеночной колики, иногда желтуха появляется на фоне острого холецистита. В нашем случае пузырные симптомы отрицательны, по УЗИ конкременты в желчном пузыре отсутствуют.

Боли же при гепатите, если возникают, носят постоянный характер, тянущий характер, или больной чувствует тяжесть в правом подреберье (как наша больная). Печень при механической желтухе чаще не увеличена, безболезненная и эластической консистенции. В данном случае она увеличена, болезненна, плотноэластическая, что характерно для гепатита. В анализе крови при механической желтухе отмечается увеличение СОЭ, что также имеется у данной больной. Нахождение маркеров к вирусному гепатиту В у нашего пациента позволяет отвергнуть механическую желтуху.

**3.** Проведем дифференциальную диагностику вирусного гепатита В с псевдотуберкулезом: при этих заболеваниях выявляются желтуха, увеличение печени, высокая билирубинемия. Но для псевдотуберкулеза важны данные эпидемиологического анамнеза: грязные овощи, фрукты, переносчиками являются грызуны, пищевой путь передачи. У нашей больной возможны половой и искусственный пути передачи. При псевдотуберкулезе заболевание начинается с высокой температурой 38-40 градусов, у нашей больной температуры не было, преджелтушный период характеризовался астеновегетативным и диспепсическим синдромами.

Клиническая картина желтушной формы псевдотуберкулеза характеризуется появлением желтухи, которая достигает максимума в разгар болезни, а затем быстро угасает, а у нашей больной снижение интенсивности желтухи происходит постепенно.

При псевдотуберкулезе появляется сыпь на 2-ой - .6-ой день заболевания. Сыпь расположена на лице и шее в виде «капюшона», на конечностях в виде «носков» и «перчаток». У данной больной сыпи не было. Обнаружение маркеров к вирусному гепатиту В, позволяет окончательно поставить диагноз острый вирусный гепатит В и исключить псевдотуберкулез.

**4.** Дифференциальная диагностика вирусного гепатита В с вирусным гепатитом А.

Для этих заболеваний характерно: цикличность (преджелтушный период, желтуха), все синдромы поражения печени (цитолиза, холестаза, мезенхимального воспаления). Отличие в том, что, когда наступает желтушный период при гепатите А, общее самочувствие улучшается, а у данной пациентки самочувствие даже ухудшилось. Отличие в эпидемиологическом анамнезе - для вирусного гепатита А характерен фекалъно-оралъный механизм передачи, люди заражаются при употреблении воды и пищи, инфицированной вирусом гепатита А, иногда механизм передачи может быть контактно-бытовой. Различается и длительность инкубационного периода – при гепатите А он составляет 7-50 дней, а при гепатите В – от 40 до 200 дней (в нашем случае 3-4 месяца) При вирусном гепатите В (как у нашей больной) - половой путь передачи, также возможден искусственный путь.. Лабораторные данные сходны при этих заболеваниях: также АлАТ и АсАТ и тимоловая проба увеличиваются в несколько раз. При вирусном гепатите А обнаруживаются маркеры HAV IgM, а у нашего больного обнаруживаются маркеры к вирусному гепатиту В (HBsAg, анти НBе, анти HBcor ранние), что позволяет окончательно поставить диагноз острого вирусного гепатита В и исключить вирусный гепатит А.

**5.** Проведем дифференциальную диагностику между вирусном гепатитом В и алкогольным гепатитом. Для острых алкогольных гепатитов характерно злоупотребление человеком алкоголем, прием большого количества спиртных напитков непосредственно перед развитием заболевания, а наша больная не злоупотребляет алкоголем. Для алкогольного гепатита свойственно течение: быстрое исчезновение клинических симптомов при абстиненции и прогрессирование при продолжении приема алкоголя, а у нашего больного, как при гепатите В циклическое течение заболевания, по смешенному типу: астенические вариант (умеренные головные боли, выраженная слабость, недомогание), диспепсический (ухудшение аппетита), что дает еще один плюс в пользу вирусного гепатита В. Преджелтушный период при алкогольном гепатите длится всего 1-3 дня, в нашем случае 3-4 месяца.

Для вирусного гепатита В и для алкогольного гепатита свойственны желтуха, кожный зуд, тошнота, боли в правом подреберье. Для алкогольного гепатита характерны сильные боли в эпигастрии, рвота, значительная гепатомегалия и болезненность печени, что редко встречается при остром вирусном гепатите В.

Очень важны для дифференциальной диагностики лабораторные данные. Для алкогольного гепатита свойственны - нейтрофилъный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, преимущественное повышение активности АсАТ, что не характерно для вирусного гепатита В. У нашего больного - ускорение СОЭ с моноцитозом, увеличение в несколько раз активности АлАТ и АсАТ. И, наконец, обнаружение маркеров к вирусному гепатиту В позволяет окончательно поставить диагноз «острый вирусный гепатит В» и исключить алкогольный гепатит.

Обоснование проводимой терапии.

Лечебный режим должен быть палатным, при этом полезно находиться в горизонтальном положении, что создает более благоприятные условия для функции печени в результате улучшения печеночного кровотока. Необходимо обеспечить 8-9 часовой сон, спокойную обстановку, исключить стрессовые ситуации. Диета должна быть полноценная (стол №5 по Певзнеру), необходимо исключить из рациона жирные блюда, копчености, свинину, баранину, шоколад, пряности, абсолютно запрещается алкоголь. Рекомендуется обильное питье до 2-х-3-х литров в сутки. Обильное питье в виде фруктовых и овощных соков, минеральной воды в количестве 2-3 литра в сутки способствует выведению токсических веществ из крови через почки. Ведение в пищевой рацион витаминов групп В, С, Е способствует купированию перекисного окисления липидов и тканевой гипоксии.

В качестве естественных иммуномодуляторов можно применять натуральные продукты, содержащие аскорбиновую кислоту (лимон, киви).

Медикаментозная терапия: необходимо придерживаться принципа минимума лекарственных средств.

1. Рибоксин – по 1 табл 3 р/д

 Препарат улучшает синтез белка в тканях, в том числе гепатоцитов, способствует ликвидации гипоксии, улучшает все процессы обмена.

2. Инфузионно-дезинтоксикационная терапия:

- Глюкоза 5% - 800 мл + витамин С 3 мл

 Раствор глюкозы является источником легкоусвояемого организмом ценного энергетического материала. Учитывая некоторое снижение усвояемости пищевых продуктов, глюкоз данной больной показана, тем более что она на аппелирует к дезинтоксикационной функции печени.

- Реополиглюкин 400 мл

- «Ацесоль» 400 мл

3. Ферментные препараты: Мезим форте по 2 драже 3 раза в день во время еды. Назначен из учета показателей копрограммы (большое количество непереваренных нейтральных жиров, жирных кислот) для восполнения частично утраченной функции желчи., лучшей усвояемости питательных веществ. Не нуждается в метаболизировании печенью.

Прогноз.

Прогноз для жизни относительно благоприятный. Так как при гепатите В имеются морфологические изменения печеночной ткани воспалительного характера, возможно полное восстановление её. Учитывая легкую степень тяжести заболевания, поддающуюся терапии, адекватное поведение больной, отсутствие у нее пристрастия к алкоголю и наркотическим веществам, отсутствие сопутствующей патологии, удовлетворительные бытовые условия, высока вероятность, что процесс может полностью регрессировать, вплоть до полного клинического выздоровления, при соблюдении должной диеты. Гепатит В часто (в 15% случаев) может переходить в хронические формы, с развитием в дальнейшем цирроза печени и гепатокарциномы при влиянии неблагоприятных факторов (курение, несоблюдение диеты, употребление алкоголя даже в небольших количествах). Хронизация также зависит от особенностей иммунологической реактивности пациента, которые строго индивидуальны и предугадать которые практически невозможно. Поэтому вероятность такого исхода также существует, несмотря на сравнительно легкое течение. Не исключено, что у больной в периоде выздоровления может развиться постгепатитный синдром с астеновегетативными проявлениями. После клинического и морфологического выздоровления возможно полное восстановление работоспособности.

Этапный эпикриз.

Больная поступила в 3 Городскую больницу, инфекционное отделение 3.10.03 с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, желтушность склер, кожи, темный цвет мочи и светлый кал, тяжесть в правом подреберье. Диагноз при поступлении: острый вирусный гепатит неясной этиологии. Больная была обследована. Объективно: Кожные покровы бледные, желтушного цвета. Наблюдается иктеричность склер. Размеры печени по Курлову:12,5\*10\*9,5. При пальпации край закруглен, плотноэластичный, поверхность гладкая; пальпация болезненна. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Пузырные симптомы отрицательны. Селезенка не пальпируется. Для выяснения этиологического фактора и подтверждения диагноза были проведены лабораторные исследования (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови в динамике, коагулограмма, копрограмма, ИФА на вирусные гепатиты, анализ кала на яйца глист, анализ крови на RW, анализ крови на ВИЧ-инфекцию), УЗИ. Лабораторно: моноцитоз (16%), увеличение СОЭ (23 мм/ч), билирубинурия, билирубинемия (общий – 60,8 мкмоль/л, прямой – 50,4, непрямой – 10,4), повышение уровня трансаминаз (АлАТ - 5,77 мккат/л, АсАТ - 2,37 мккат/л), тимоловой пробы (9 ед.), положительные маркеры к вирусному гепатиту В при серологическом исследовании. На основании этих данных поставлен диагноз: острый вирусный гепатит В, желтушная форма, легкая степень тяжести.

Проводится лечение: режим постельный, диета №5. Обильное питье. Ведение в пищевой рацион витаминов групп В, С, Е.

Медикаментозная терапия: рибоксин, растворы глюкозы, реополиглюкин, «Ацесоль», Мезим форте. Наблюдается положительная динамика: уменьшение симптомов желтухи – только небольщой желтоватый оттенок кожи, субиктеричность, нормализовался цвет мочи и кала; уменьшение размеров печени, исчезновение симптомов интоксикации.

Больная готовится к выписке.

Критерии выписки из стационара.

Допустимые остаточные явления при выписке:

- умеренное повышение активности АЛТ (в 2 - 3 раза по сравнению с верхней границей нормы), тимоловой пробы, при нормальных, размерах печени и нормализации содержания билирубина в сыворотки крови.

- Некоторое увеличение размеров печени (1-2 см.), при полном восстановлении ее функциональных проб.

- Наличие утомляемости, незначительной истеричности склер при нормализации размеров печени и восстановительной ее функции.

Сроки временной не трудоспособности при выписки из стационара: больные, перенесшие легкую форму острого вирусного гепатита В, освобождаются от работы на 9 дней.

Рекомендации.

Соблюдение пищевого режима: исключение жирных, жареных блюд, копченостей, противопоказан прием алкоголя. Пища должна быть богата витаминами А, В,С, Е, микроэлементами. Рациональное трудоустройство на 3-6 месяцев с освобождением от тяжелого физического труда, занятий спортом. Противопоказаны профилактические прививки в течение 6 месяцев после выписки (кроме профилактики столбняка и антирабической вакцины), применение гепатотоксичных препаратов. Нежелательно проведение плановых операций. Следует избегать беременности на протяжении года после выписки.

Правила выписки и диспансеризация.

Первый осмотр после выписки из стационара проводится лечащим врачом через 1 месяц. Если не обнаруживается субъективных и объективных отклонений, больная наблюдается кабинете инфекционных заболеваний поликлиники через 3, 6, 9, 12 месяцев после выписки. Методы диспансерного наблюдения: клинический (жалобы, определение величины печени и селезенки), лабораторный (билирубин, аминотрансферазы, тимоловая проба), иммуно-серологический (маркеры вирусного гепатита В). При появлении признаков хронизации гепатита нужна повторная госпитализация для углубленного обследования и лечения.

Список литературы.

1. Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. Лекции по инфекционным болезням // М. – ВУНМЦ. – 1999. – Том 2.

2. Васильев В. С., Комар В. И., Цыркунов В. М. Практика инфекциониста // Минск. – «Вышэйшая школа». – 1993.

3. Окороков А. Н. Диагностика болезней внутренних органов // М. – Медицинская литература. – 2002. – Том 1.

4. Шувалова Е. П. Инфекционные болезни // М. – «Медицина». – 1995.

5. Соринсон С. Н. Вирусные гепатиты // М. – «Медицина». - 1997.

6. Лекции преподавателей кафедры инфекционных болезней СГМУ (Томск, 2003).