# Общие сведения:

* 1. ***ФИО:***.
	2. ***Пол:*** мужской
	3. ***Возраст:***
	4. ***Национальность:***
	5. ***Место работы:***.
	6. ***Профессия:***.
	7. ***Место жительства:*** .
	8. ***Дата поступления в стационар:*** 12.09.02 в 10.05
	9. ***Дата начала курации:*** 25.09.02
	10. ***Дата окончания курации:*** 05.10.02
	11. ***Диагноз направившего учреждения:*** Вирусный гепатит, желтушная форма

12. ***Диагноз при поступлении:*** Острый вирусный гепатит В, желтушная

 форма, средне-тяжёлое течение.

13. ***Клинический диагноз:*** Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средне - тяжёлое течение.

### Жалобы на день курации:

*На момент курации больной предъявляет жалобы на:*

* Желтушность склер и кожных покровов
* Снижение аппетита
* Общую слабость и утомляемость

#### Anamnesis mоrbi:

Больным себя считает с 2 сентября 2002 года, когда на фоне полного здоровья появились боли в коленных и локтевых суставах, позже присоединились диспепсические явления. 11 сентября заметил потемнение мочи, осветление кала. На следующий день появилась желтушность кожи и склер, тяжесть в правом подреберье, общая слабость и утомляемость. 12 сентября была вызвана скорая помощь, которая и доставила больного в инфекционное отделение ЦГКБ с подозрением на вирусный гепатит. При поступлении был выставлен диагноз: острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средне-тяжёлое течение. Больной был госпитализирован в инфекционное отделение, где получал следующий курс лечения: Гемодез, р-ры NaCl и глюкозы, гептрал. За время прохождения лечения у больного было отмечено усиление интоксикационного синдрома, иктеричности склер и кожных покровов за счёт прогрессирующего нарастания уровня билирубина: 220 – 330 – 380 мкмоль/л, в связи с чем он был переведён в БИТ (15.09.02). В БИТе на фоне интенсивной терапии (Гемодез, NaCl, глюкоза, гептрал, гордокс, р-р Петрова, лазикс, инсулин с KCl) состояние больного стало постепенно улучшаться: постепенное снижение уровня билирубина, иктеричности, кожного зуда и повышение аппетита. 2.10.02 при удовлетворительных

 биохимических показателях и стабильного улучшения состояния больной был переведён обратно в инфекционное отделение.

Anamnesis vitae:

Родился в Ульяновске вторым доношенным ребёнком от II беременности, II родов

без осложнений у здоровых родителей. Ребёнок рос и развивался соответственно полу и возрасту. В школу пошёл с 7 лет. После школы сдал на автомобильные права и устроился работать водителем на АО ''УАЗ'' ТСО, где и работает сейчас. В армии не был. Женат, детей нет. Вредные привычки: курит с 17 лет по пол - пачки в день, регулярный приём спиртного и наркотиков отрицает. Правила личной гигиены соблюдает. Туберкулез, венерические и психические заболевания у себя и ближайших родственников отрицает. Материально-бытовые условия удовлетворительные.

* ***Перенесенные заболевания:***

Ветряная оспа, ОРВИ, ангины до 1 раза в год, грипп (до 5 лет) – лечение проводилось амбулаторно по месту жительства. Вирусным гепатитом до этого не болел. Операций не было.

* ***Аллергологический анамнез:***

Аллергии на пищевые продукты и лекарственные препараты нет.

* ***Гемотрансфузионный анамнез:***

Кровь, плазму не переливали.

* ***Семейный анамнез:***

Наследственность не отягощена.

* ***Эпидемиологический анамнез:***
	1. Выявление источника инфекции:

Контакт с лихорадящими больными за последний месяц, желтушными больными за последние 35дней, с лицами, имевшими желудочно-кишечные расстройства за последние 7 дней до начала заболевания отрицает. Наличие подобного заболевания в семье и среди знакомых, контактов с животными, грызунами и птицами отрицает.

* 1. Выявление путей и факторов передачи:

Материально-бытовые и санитарно–гигиенические условия удовлетворительные. Соблюдает правила личной гигиены. Пьёт сырую воду из под крана. Питается больной дома и в буфете. Кровь, плазму на переливали, инъекций и посещений стоматолога за последние 6 месяцев не было. Профилактических прививок за последний год не было.

* 1. Эпидемиологический анализ:

Источник инфекции – не выявлен. Механизм передачи-гемоконтактный. Так как источник инфекции не выявлен, то можно предположить один из следующих путей передачи - естественные: половой, перкутанный и искусственные: в/в вливания, различные медицинские манипуляции и др.

## Данные общего обследования:

* Status praesens:

## Общее состояние

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное, нормостеническое. Температура тела 36,8С. Выражение лица обычное, доброжелательное, не выражает болезненных проявлений. Вес 85 кг. Рост 182 см.

## Кожные покровы

иктеричные, без высыпаний, нормальной влажности и элластичности. Рост волос не нарушен. Ногти не изменены. Рубцов и варикозного расширения вен нижних конечностей не обнаружено.

## Слизистые оболочки

бледно-жёлтого цвета, высыпания и изъявления отсутствуют. Дёсны бледно-розового цвета, не кровоточат. Язык нормальной величины и формы, влажный, обложен белым налётом. Зев и слизистая глотки розовой окраски, влажные, поверхность гладкая.

## Подкожно – жировая клетчатка

развита умеренно, распределена равномерно. Отёков и пастозности кожи не выявлено.

## Лимфатические узлы

При осмотре ЛУ визуально не определяются. При пальпации определяются одиночные поднижнечелюстные ЛУ, одинаково выраженные с обеих сторон, размером с небольшую горошину, однородные, мягкой консистенции, подвижные, б/болезненные, не спаяны с окружающей клетчаткой и между собой. Другие группы ЛУ не пальпируются.

## Мышечная система

Общее развитие и тонус мышц нормальные. Атрофии отдельных мышц не наблюдается. Б/болезненные при пальпации. Мышечная сила удовлетвори-

тельна.

## Костная система

При исследовании костей деформаций, искривлений, акромегалии, с-ма «барабанных палочек», болезненности при пальпации и поколачивании не отмечается.

## Суставы

при осмотре нормальной конфигурации, кожные покровы над ними обычной окраски. При пальпации припухлостей, деформации, болезненности не отмечается. Объём активных и пассивных движений в суставах сохранён полностью. Болевые ощущения, хруст и крепитация при движении отсутствуют.

## Общий осмотр

Голова: форма черепа правильной формы, глазные щели симметричные, одинаковые. Рот, нос, уши нормальных размеров, правильной формы, акромегалии не наблюдается.

Шея: патологической пульсации, отёков и выбуханий не выявлено.

Грудная клетка: правильной конической формы, нормостеническая, без деформаций, хорошей элластичности.

Живот: правильной формы, симметричен, участвует в акте дыхания, пупок втянут, видимой перистальтики, грыж нет.

Конечности: нормальных размеров, правильной формы, видимых деформаций нет.

## Нервно – психический статус

Пациент правильно ориентирован во времени и пространстве, контактен, поведение адекватное, внимание не нарушено, память сохранена, нарушения чувствительности не обнаружено.

## Дыхательная система

Грудная клетка конической формы, без деформаций, правая и левая половины симметричны. Над- и подключичные ямки выражены слабо, одинаковые. Ключицы и лопатки расположены на одном уровне, лопатки плотно прилежат к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания преимущественно брюшной с ЧДД – 18 в мин. Ритм дыхания правильный. При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается, элластичность хорошая. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой.

### Перкуссия

При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный, лёгочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

Топографическая перкуссия:

Нижние границы лёгких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Топографические линии*  | Справа | Слева |
| Окологрудинная |  5 межреберье |  VI ребро |
| Среднеключичная |  VI ребро |  VI ребро |
| Передняя п/мышечная |  VII ребро |  VII ребро |
| Средняя п/мышечная |  VIII ребро |  VIII ребро |
| Задняя п/мышечная |  IX ребро |  IX ребро |
| Лопаточная |  X ребро |  X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

 ***Аускультация***

При аускультации над лёгкими выслушивается везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. Бронхофония не изменена.

###### Сердечно – сосудистая система

Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок визуально не определяется, пальпируется в 5 межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Он ограничен, низкий, неусиленный, нерезистентный, положительный. Сердечный толчок и диастолическое дрожание не определяется. Пульсации в области эпигастрия нет.

 ***Перкуссия***

*Границы относительной тупости сердца:*

Правая – на 1см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р.

Верхняя – на уровне III ребра (на 1см кнаружи от левой парастернальной линии).

Левая – на 1см кнутри от левой среднеключичной линии в 5 м/р.

Поперечник относительной тупости сердца равен 11см, что соответствует норме. Конфигурация сердца не изменена.

 ***Аускультация***

Тоны сердца нормальной звучности, соотношение тонов не изменено. Экстратонов, акцентов, расщеплений и раздвоений не выслушивается. Шумов нет. Ритм сердечных сокращений правильный с ЧСС – 65 удара в мин.

При осмотре и пальпации височные, сонные, подключичные, плечевые, бедренные, задние большеберцовые, артерии стопы мягкие, не извитые.

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях с частотой 65 удара в мин., хорошего наполнения, ненапряжённый, нормальной величины и формы. Капиллярный пульс не определяется. При аускультации артерий патологических изменений нет. При осмотре, пальпации и аускультации вен изменений нет. АД на обеих руках 110/70 мм. рт. ст.

* *Желудочно – кишечный тракт*

Язык нормальной величины и формы, влажный, обложен белым налётом. Кариозных зубов не обнаружено. Живот правильной формы, симметричный, мягкий, б/болезненный, участвует в акте дыхания, пупок втянут, видимой перистальтики не наблюдается. При исследовании слабых мест передней брюшной стенки (пупочные и паховые кольца, апоневроз белой линии живота) грыж и выпячиваний не наблюдается.

При глубокой скользящей пальпации:

Сигмовидная кишка пальпируется в левой паховой области на протяжении 15 см, циллиндрической формы, 2 см в Ø, плотноэлластической консистенции с гладкой поверхностью, подвижная в пределах 4-5 см., б/болезненная, не урчащая. Остальные отделы толстого кишечника не пальпируются. Методом аускультации нижняя граница желудка определяется на 3,5 см выше пупка. При аускультации выслушиваются нормальные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

* *Гепатолиенальная система*

Размеры печени по Курлову:

Правая среднеключичная линия – 13 см.

Передняя срединная линия – 9 см.

Косой размер – 8 см.

Печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги.

Желчный пузырь не пальпируется, б/болезненный в точке Кера.

Симптомы Ортнера, Захарьина, Василевского, Мерфи, правосторонний френикус с-м (Георгиевского-Мюсси) отрицательны.

Селезёнка не пальпируется. Размеры селезёночной тупости:

Поперечник – 6 см., длинник – 8 см.

* *Мочеполовая система*

При осмотре области почек патологических изменений не выявлено. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. При осмотре пастозность, параорбитальные отеки, припухлость области почек не выявляются. Моча со слов больного желто-соломенного цвета, мочеиспускание безболезненное, регулярное, суточный диурез составляет 1200-1500 мл. При пальпации мочеточниковые точки безболезненны, почки пальпаторно в положении стоя и лежа не определяются. При аускультации сосудов почек патологические шумы не определяются.

* *Эндокринная система*

Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту. Щитовидная железа визуально не определяется, при пальпации эластичной консистенции, безболезненна.

# Предварительный диагноз:

***Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средне-тяжёлая форма***

***План обследования:***

**1. общий анализ крови** (с целью выявления изменений, свойственных для воспаления)

**2. общий анализ мочи** (с целью выявления сопутствующей патологии)

**3. кровь на группу и резус-фактор**

**4. кровь на RW**

**5. кровь на ВИЧ**

**6. кровь на маркёры вирусных гепатитов**

**7. коагулограмма**

**8. кровь на сахар** (исключить сахарный диабет)

**9. биохимическое исследование крови** (с целью выявления изменённых показателей биологической активности: билирубин и его фракции, трансаминазы, тимоловая проба, холестерин, альбумин и общий белок)

**10. Моча на диастазу**

**11. Кал на стеркобилин**

**12. ЭКГ** (исключить изменения со стороны сердца)

**13. УЗИ органов брюшной полости** (с целью исключения патологии внутренних органов)

***План лечения.***

1. Стол № 5

2. Режим палатный

3. Лекарственная терапия:

* Этиотропная терапия
* Патогенетическая терапия
* Симптоматическая терапия

4. Санаторно – курортное лечение

* **Лечебный режим и рациональное питание**

Больной подлежит госпитализации, обязательно соблюдение палатного режима в течение всего периода обострения. В этот же период больной необходимо обильное питьё, богатое витаминами и белками питание.

* **Этиотропная терапия**

Ингибиторы протеаз: (нарушают процесс сборки новых вирусов)

Rp.: Sacvinaviri 0,2

 D.t.d. № 20 in caps.

 S. По 4 капсулы (600 мг) в день в течение месяца

Противовирусные препараты:

Rp.: Lamivudini 0,15

 D.t.d. № 20 in tab.

 S. По 2 таблетки (300 мг) в день в течение месяца

* **Патогенетическая терапия**

С целью снять интоксикационный синдром назначается дезинтоксикационная терапия:

 Энтеросорбенты: (выведение токсических веществ из кишечника)

Rp.: Carboleni 0,5

 D.t.d. № 20 in tab.

 S. По 1 таблетке 3 раза в день в течение месяца

Коллоидные растворы:

Rp.: Sol. Haemodesi 400,0 ml

 D.S. По 1 флакону в день в/в капельно 10 дней.

С целью коррекции метаболических нарушений:

Rp.: Riboxini 0,2

 D.t.d. № 50 in tab.

 S. По 1 таблетке 4 раза в день в течение 14 дней.

Антиоксидантные и мембраностабилизирующие препараты:

Rp.: Sol. Cytochromi C pro injectionibus 0,25% - 4,0 ml

 D.S. По 4 мл (10 мг) в день в/м в течение 2 недель.

* **Симптоматическая терапия**

Для нормализации окислительно – восстановительных процессов, углеводного и липидного обменов:

Rp.: Sol. Acidi nicotinici 1% - 1,0 ml

 D.t.d. № 10 in amp.

 S. По 1 мл 1 раз в день в/в медленно.

* **Санаторно – курортное лечение**

При отсутствии признаков активности HBV и поражения внутренних органов.

* Данные лабораторных и инструментальных методов исследования:
* **Группа крови:** A (II), Rh /+/.
* **RW** от 12.09.02: отрицательна
* **Кровь на ВИЧ** от 14.09.02: отрицательна
* **ОАК** от 12.09.02

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У больного**  | **Норма** | **Интерпретация** |
| *Эритроциты* | 4.1 х 10/л | 4.0-5.0 х 10/л | Норма |
| *Гемоглобин* | 137 г/л | 120-140 г/л | Норма |
| *ЦП* | 1.0 | 0.8-1.1 | Норма |
| *Лейкоциты* | 7.3 х 10/л | 4.0-9.0 х 10/л | Норма |
| *- сегменты* | 46 % | 45-70 % | Норма |
| *- лимфоциты* | 30 % | 18-40 % | Норма |
| *- моноциты* | 3 % | 2-9 % | Норма |
| *Тромбоциты* | 252 х 10/л | 180-350 х 10/л | Норма |
| *СОЭ* | 10 мм/ч | 1-15 мм/ч | Норма |

**Заключение:** Все показатели в пределах нормы. Анализ крови без патологии.

* **ОАМ** от 17.09.02:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У больного** | **Норма** | **Интерпретация** |
| *Цвет* | желтый | Сол-желтый | Норма |
| *Прозрачность* | Прозрачная | Прозрачная | Норма |
| *Удельный вес* | 1015 | 1008-1026 | Норма |
| *белок* | Отсутствует | Отсутствует | Норма |
| *эритроциты* | Отсутствует | Отсутствует | Норма |
| *сахар* | Отсутствует | Отсутствует | Норма |
| *лейкоциты* | 1-2 в поле зрения | 2-3 в поле зрения | Норма |
| *Реакция* | кислая | слабо кислая | Норма |
| *Эпителиальные клетки* | еденичные в поле зрения | еденичные в поле зрения | Норма |

**Заключение:** Все показатели в пределах нормы. Анализ мочи без патологии.

* **Биохимия крови** от 12.09.02:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У больного** | **Норма** | **Интерпретация** |
| *Билирубин общий* | 220,0 мкмоль/л | 1,71 – 21,0 мкмоль/л | Выше нормы |
| *- прямой* | 121 мкмоль/л | 0 – 4,3 мкмоль/л | Выше нормы |
| *АЛТ* | 935,8 u/l  | 0 – 40 u/l | Выше нормы |
| *Глюкоза* | 4,88 ммоль/л | 3,40 – 6,11 ммоль/л | Норма |
| *Общий белок* | 68 г/л | 65 – 85 г/л | Норма |
|  |  |  |  |

**Заключение:** В биохимическом анализе крови наблюдается повышение показателей биологической активности: билирубина и АЛТ.

* **Биохимия крови** от 15.09.02:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У больного** | **Норма** | **Интерпретация** |
| *Билирубин общий* | 330,0 мкмоль/л | 1,71 – 21,0 мкмоль/л | Выше нормы |
| *- прямой* | 160 мкмоль/л | 0 – 4,3 мкмоль/л | Выше нормы |
| *АЛТ* | 1146,2 u/l  | 0 – 40 u/l | Выше нормы |
| *Глюкоза* | 4,57 ммоль/л | 3,40 – 6,11 ммоль/л | Норма |
| *Общий белок* | 71 г/л | 65 – 85 г/л | Норма |
|  |  |  |  |

**Заключение:** В биохимическом анализе крови наблюдается повышение показателей биологической активности: билирубина и АЛТ.

* **Биохимия крови** от 20.09.02:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У больного** | **Норма** | **Интерпретация** |
| *Билирубин общий* | 380,0 мкмоль/л | 1,71 – 21,0 мкмоль/л | Выше нормы |
| *- прямой* | 197,9 мкмоль/л | 0 – 4,3 мкмоль/л | Выше нормы |
| *АЛТ* | 1446,8 u/l  | 0 – 40 u/l | Выше нормы |
| *Глюкоза* | 4,55 ммоль/л | 3,40 – 6,11 ммоль/л | Норма |
| *Общий белок* | 69 г/л | 65 – 85 г/л | Норма |
|  |  |  |  |

**Заключение:** В биохимическом анализе крови наблюдается повышение показателей биологической активности: билирубина и АЛТ.

* **Биохимия крови** от 25.09.02:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У больного** | **Норма** | **Интерпретация** |
| *Билирубин общий* | 346,0 мкмоль/л | 1,71 – 21,0 мкмоль/л | Выше нормы |
| *- прямой* | 157,2 мкмоль/л | 0 – 4,3 мкмоль/л | Выше нормы |
| *АЛТ* | 1234,8 u/l  | 0 – 40 u/l | Выше нормы |
| *Глюкоза* | 4,48 ммоль/л | 3,40 – 6,11 ммоль/л | Норма |
| *Общий белок* | 68 г/л | 65 – 85 г/л | Норма |
|  |  |  |  |

**Заключение:** В биохимическом анализе крови сохраняется повышение показателей биологической активности: билирубина и АЛТ.

* **Биохимия крови** от 01.10.02:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У больного** | **Норма** | **Интерпретация** |
| *Билирубин общий* | 205,0 мкмоль/л | 1,71 – 21,0 мкмоль/л | Выше нормы |
| *- прямой* | 99,8 мкмоль/л | 0 – 4,3 мкмоль/л | Выше нормы |
| *АЛТ* | 920,8 u/l  | 0 – 40 u/l | Выше нормы |
| *Глюкоза* | 4,07 ммоль/л | 3,40 – 6,11 ммоль/л | Норма |
| *Общий белок* | 65 г/л | 65 – 85 г/л | Норма |
| *Холестерин* | 3,8 ммоль/л | 3,9 – 7,2 ммоль/л | Норма |
| *Альбумин* | 39,6 г/л | 35 – 50 г/л | Норма |
|  |  |  |  |

**Заключение:** В биохимическом анализе крови сохраняется повышение показателей биологической активности: билирубина и АЛТ.

* **Биохимия крови** от 05.10.02:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У больного** | **Норма** | **Интерпретация** |
| *Билирубин общий* | 84,0 мкмоль/л | 1,71 – 21,0 мкмоль/л | Выше нормы |
| *- прямой* | 25,7 мкмоль/л | 0 – 4,3 мкмоль/л | Выше нормы |
| *АЛТ* | 380,8 u/l  | 0 – 40 u/l | Выше нормы |
| *Глюкоза* | 4,88 ммоль/л | 3,40 – 6,11 ммоль/л | Норма |
| *Общий белок* | 67 г/л | 65 – 85 г/л | Норма |
|  |  |  |  |

**Заключение:** В биохимическом анализе крови наблюдается повышение показателей биологической активности: билирубина и АЛТ.

* **Кровь на маркёры вирусных гепатитов** от 14.09.02

 Выявлены поверхностные антигены ГВ

 АнтиHBV /+/

 А/т cor изм. /+/

 А/т cor сумм М /+/

* **Протромбин и хлориды**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Протромбин** | **Хлориды** |
| 12.09.02 | 63( N 80 – 100%) |  |
| 15.09.02 | 57( N 80 – 100%) | 105 ( N 95 – 110) |
| 20.09.02 | 52( N 80 – 100%) | 110( N 95 – 110) |
| 25.09.02 | 61( N 80 – 100%) |  |
| 01.10.02 |  | 104( N 95 – 110) |
| 05.10.02 | 78( N 80 – 100%) |  |
|  |  |  |

* **УЗИ органов брюшной полости** от 14.09.02:

Размеры печени увеличены + 7,2 см

Пр. доля – 133, ПВР – 166

Лев. доля – 61, ПВР - 59

Контуры неровные, чёткие. Структура однородная, эхогенность повышена.

Желчный пузырь: 81×9 мм. С перетяжкой посередине. Стенки утолщены – 8 мм. Содержимое однородное, конкрементов нет. Гепатохоледох – 5 мм. Внутрипечёночные протоки не расширены.

Поджелудочная железа: 24×19×19мм. Контуры чёткие, ровные. Структура однородна. Эхогенность повышена.

Селезёнка 120×59 мм.

Правая почка: 81×43мм. Паренхима 13мм.

Левая почка: 86×40мм. Паренхима 14мм.

ЧЛС не расширена, подвижность не ограничена.

Заключение: Выраженная гепатоспленомегалия, утолщение стенки желчного пузыря.

* **Кал на стеркобилин** от 13.09.02:

*Заключение:* Реакция на стеркобилин положительная.

* **ЭКГ** от 14.09.02:

*Заключение:* Ритм правильный, синусовый с ЧСС 75 в мин. ЭОС нормальная.

Дневники:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Состояние больного** | **Назначения** |
| 28.09.02 Т 36,8 Сº; PS58 в мин.АД110/70мм.рт.ст. | Жалобы на тяжесть в правом подреберье, сухость во рту, слабость. Состояние средне-тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы желтые. Склеры иктеричные. Видимые слизистые желтые, влажные, чистые. Язык обложен белым налетом. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Отмечается болезненность в правом подреберье при пальпации. В остальных областях живот мягкий, безболезненный. Край печени плотноэластической консистенции, острый, выходит из-под края реберной дуги на 3 см, поверхность печени гладкая. Моча темная.  | Режим палатный # Диета № 5 # Щелочное питье #Tab. Riboxiniпо 1 таблетке 4 раза в день #Sol. NaCl 0,9%-500,0Sol. Acidi ascorbinici 5%-5,0 внутривенно капельно 1 раз в день. |
| 30.09.02 Т 36,6 Сº; PS 60 в мин.АД110/70 мм.рт.ст. | Жалобы на тяжесть в правом подреберье, слабость, сухость во рту и плохой аппетит. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые желтые. Склеры иктеричные. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Край печени плотноэластической консистенции, острый, выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. Моча темно-желтая. | Режим палатный #Диета № 5 #Щелочное питье #Гордокс 200000 ЕД в/в1 раз в день #Sol. Glucosi 5%-500,0Sol. Acidi ascorbinici 5%-5,0 внутривенно капельно 1 раз в день. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Назначения |
| 02.10.02 Т 36,6 Сº; PS 73 в мин.АД120/80 мм.рт.ст. | Жалобы на сухость во рту, умеренную слабость. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы желтые. Склеры иктеричные. Видимые слизистые желтые, влажные, чистые. Язык обложен белым налетом.. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Отмечается болезненность в правом подреберье при пальпации. В остальных областях живот мягкий, безболезненный. Край печени плотноэластической консистенции, острый, выходит из-под края реберной дуги на 1,5 см, поверхность печени гладкая. Моча темная. Перевод больного из БИТ в инфекционное отделение. | Режим палатный #Диета № 5 #Щелочное питье #Гордокс 200000 ЕД в/в1 раз в день #Sol. Glucosi 5%-500,0Sol. Acidi ascorbinici 5%-5,0 внутривенно капельно 1 раз в день. |

###### Дифференциальный диагноз

## Весь симптомокомплекс у данного больного позволяет поставить нам диагноз вирусного гепатита с гемоконтактным механизмом передачи. Но для постановки окончательного диагноза требуется проведение дифференциальной диагностики между сходными заболеваниями, как инфекционными (желтушные формы лептоспироза, псевдотуберкулеза), так и неинфекционными (острый алкогольный гепатит, токсические гепатиты, механическая желтуха).

## Проведем дифференциацию между вирусным гепатитом и желтушной формой лептоспироза, так как при этих заболеваниях выявляется желтуха, болезненная увеличенная печень, высокая билирубинемия. Но для лептоспироза важны данные эпидимиологического анамнеза: купание в загрязненных водоемах и употребление воды из естественных и искусственных водоемов за 6-14 дней до заболевания, что больной отрицает. Различны и преджелтушные периоды. При лептоспирозе токсические проявления выражены ярче и имеют особенности: больные жалуются на высокую температуру тела, сильную головную боль, большую слабость; очень характерно - миалгии, особенно икроножных мышц; температура держится весь преджелтушный период, при этом могут выявляется герпетические высыпания, полиморфная сыпь, увеличение лимфатических узлов. При гепатите В или С (и у больного), выраженной лихорадки может не быть, выявляются более астенические симптомы (ухудшение аппетита, общая слабость и утомляемость), артралгические - боль в коленных и локтевых суставах. При лептоспирозе в желтушном периоде мы можем выявлять геморрагии и поражение почек (анурию, болезненность в поясничной области, протеинурию, азотемию), чего мы не видим у больного. Для лептоспироза не характерна и брадикардия, имеющаяся у больного и патогмоничная для гепатита. Окончательно отдифференцировать эти заболевания позволят лабораторные методы. В клиническом анализе крови при гепатите вирусной этиологии выявляем лейкопению, замедление СОЭ, может быть небольшой моноцитоз. При лептоспирозе в крови определяется нейтрофильный лейкоцитоз и ускоренная СОЭ. Очень важны биохимические показатели: при высоком уровне билирубина при лептоспирозе умеренно повышена активность АлАТ и АсАТ, в отличии от гепатита. При лептоспирозе же наблюдается повышение активности щелочной фосфотазы, небольшое снижение протромбинового индекса, белково-осадочные пробы обычно не изменяются. У больного высокая активность АлАТ при высоком уровне билирубина, щелочная фосфатаза в пределах нормы, протромбиновый индекс значительно снижен, изменены белковоосадочные пробы, что дает еще один "плюс" в пользу вирусного гепатита. И, наконец, лабораторные исследования, направленные на выявление возбудителя (бактериологический, серологический) дают выявление у больного HBsAg, что позволяет окончательно поставить диагноз вирусного гепатита В и исключить лептоспироз.

## Очень трудна дифференциальная диагностика у данного больного вирусного гепатита и механических желтух, так как начало заболевания постепенное, без выраженных симптомов интоксикации, присутствует желтуха, посветление кала, потемнение мочи, высокий уровень общего билирубина, что характерно для обоих заболеваний. Механическая желтуха развивается в результате частичной или полной непроходимости желчевыводящих путей с нарушением пассажа желчи в кишечник. Она чаще обусловлена холедохолитиазом, стриктурой большого дуоденального сосочка, опухолью головки поджелудочной железы и желчевыводящих путей. В отличии от гепатита для механической желтухи не характерен особенный эпидемиологический анамнез. Заболевания развиваются постепенно, но для гепатита характерна цикличность (преджелтушный период, желтуха, период реконвалесценции, что и видим у больного), для механической желтухи - медленное, прогрессирующее нарастание симптомов. Так при подпеченочной желтухе кожный покров приобретает желтовато-зеленую окраску, а при обтурирующих желчевыводящие пути опухолях - характерный землистый оттенок. При очень длительной механической желтухе кожный покров приобретает черновато-бронзовую окраску. При вирусных гепатитах цвет кожи желтый с шафрановым оттенком, меняется только его интенсивность. При подпеченочной желтухе, обусловленной желчекаменной болезнью, в начале заболевания появляются, характерные приступообразные боли по типу печеночной колики, иногда желтуха появляется на фоне острого холецистита. Боли же при гепатите, если возникают, носят постоянный, тянущий характер, или больной чувствует тяжесть в правом подреберье (как данный больной). А вот при опухолях панкреатодуоденальной зоны желтуха появляется без предшествующих болевых ощущений, что затрудняет дифференциальную диагностику. Но при них выявляют положительный симптом Курвуазье, что для гепатитов не характерно и не выявляется у больного. Кожный зуд при механических желтухах выражен, при гепатитах он может быть только при явлениях холестаза. Печень при обтурационных желтухах стойко увеличена, безболезненная и эластической консистенции. У больного она увеличина, болезненна, плотноэластическая - что характерно для гепатита. В анализе крови отмечают увеличение СОЭ. Никогда у больного механической желтухой при биохимическом исследовании не выявляется гипо- и диспротеинемия, как это бывает при гепатитах, так как нарушается белковообразовательная функция печени и явно выявляется у пациента. Трансаминазы повышены очень незначительно при механической желтухи, а вот активность щелочной фосфатазы увеличена в несколько раз, белково-осадочные пробы не изменены. При гепатитах и у больного наоборот. Решающими в дифференциальной диагностики этих заболеваний будут инструментальные методы (для подтверждения механической желтухи) и серологические (для подтверждения вирусного гепатита и его идентификации). Данные за поражение паренхимы печени и нахождение HBsAg позволяет отвергнуть механическую желтуху у данного больного.

* Клинический диагноз:

***Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средне-тяжёлое течение.***

* Обоснование клинического диагноза:

 *Диагноз поставлен на основании:*

* **Жалоб**:
* Умеренную желтушность склер и кожных покровов
* Потемнение мочи
* Тяжесть в правом подреберье
* Снижение аппетита
* Общую слабость и утомляемость
* **Данных анамнеза:**

которые отражают характерное развитие заболевания с цикличностью: постепенное начало, наличие преджелтушного периода, протекающего по смешанному (астено-вегетативному - ухудшение аппетита, утомляемость и общая слабость, и артралгическому - боли в коленных и локтевых суставах, потемнение мочи,) типу на протяжении 10 дней с симптомами интоксикации, последующего желтушного периода, причем при появлении желтухи самочувствие больного ухудшается **(**у больного было отмечено усиление интоксикационного синдрома, иктеричности склер и кожных покровов за счёт прогрессирующего нарастания уровня билирубина: 220 – 330 – 380 мкмоль/л, в связи с чем он был переведён в БИТ (15.09.02).

* **Данных клинического осмотра:**

## иктеричность склер, желтушность видимых слизистых и кожных покровов, обложеный белым налетом язык, брадикардия, болезненность при пальпации правого подреберья, печень выступает на 2 см из под края рёберной дуги, ее болезненности при пальпации, размеры печени по Курлову 13×9×8 см.

* **Данных инструментальных исследований:**

*УЗИ органов брюшной полости от 14.09.02:*

Размеры печени увеличены + 7,2 см

Пр. доля – 133, ПВР – 166

Лев. доля – 61, ПВР - 59

Контуры неровные, чёткие. Структура однородная, эхогенность повышена

*Заключение:* Выраженная гепатоспленомегалия, утолщение стенки желчного пузыря.

* **Данных лабораторных методов исследования:**

*В биохимическом анализе крови* наблюдается повышение показателей билирубина и его фракций и АЛТ.

 *Кровь на маркёры вирусных гепатитов от 14.09.02*

Выявлены поверхностные антигены Гепатита В

 АнтиHBV /+/

 А/т cor изм. /+/

 А/т cor сумм М /+/

* **Проведенного дифференциального диагноза, которым исключаем желтушную форму лептоспироза и механическую желтуху.**

***Учитывая анамнез, динамику клинических проявлений заболевания, выраженный цитолитический синдром, значительное ↑ АлАТ, тенденцию к снижению протромбина, сероподтверждение следует думать об Остром вирусном гепатите В, желтушной форме, средне-тяжёлом течении.***

* Эпикриз

Больной, ФИО …года поступил в … 12.09.02 с жалобами на:

* Умеренную желтушность склер и кожных покровов
* Потемнение мочи
* Тяжесть в правом подреберье
* Снижение аппетита
* Общую слабость и утомляемость

Предварительный диагноз: Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средне-тяжёлая форма

Поставлен на основании:

1. Жалоб
2. Данных анамнеза:

которые отражают характерное развитие заболевания с цикличностью: постепенное начало, наличие преджелтушного периода, протекающего по смешанному (астено-вегетативному - ухудшение аппетита, утомляемость и общая слабость, и артралгическому - боли в коленных и локтевых суставах, потемнение мочи) типу на протяжении 10 дней с симптомами интоксикации, последующего желтушного периода, причем при появлении желтухи самочувствие больного ухудшается (у больного было отмечено усиление интоксикационного синдрома, иктеричности склер и кожных покровов за счёт прогрессирующего нарастания уровня билирубина: 220 – 330 – 380 мкмоль/л, в связи с чем он был переведён в БИТ (15.09.02).

1. Данных первичного клинического обследования:

## иктеричность склер, желтушность видимых слизистых и кожных покровов, обложеный белым налетом язык, брадикардия, болезненность при пальпации правого подреберья, печень выступает на 2 см из под края рёберной дуги, ее болезненности при пальпации, размеры печени по Курлову 13×9×8 см.

**Клинический диагноз:**Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средне-тяжёлое течение.

**Выставлен на основании:**

1. Предварительного диагноза
2. Данных инструментальных и лабораторных исследований:

*УЗИ органов брюшной полости от 14.09.02:*

Размеры печени увеличены + 7,2 см

Пр. доля – 133, ПВР – 166

Лев. доля – 61, ПВР - 59

Контуры неровные, чёткие. Структура однородная, эхогенность повышена

*Заключение:* Выраженная гепатоспленомегалия, утолщение стенки желчного пузыря.

*В биохимическом анализе крови* наблюдается повышение показателей билирубина и его фракций и АЛТ.

 *Кровь на маркёры вирусных гепатитов от 14.09.02*

Выявлены поверхностные антигены Гепатита В

 АнтиHBV /+/

 А/т cor изм. /+/

 А/т cor сумм М /+/

 Во время пребывания в стационаре получал: Гемодез, NaCl, глюкозу, гептрал, гордокс, р-р Петрова, лазикс, инсулин с KCl, витаминотерапию.

 Проводились следующие исследования с целью окончательного установления диагноза:Определение группы крови и Rh, ОАК, ОАМ, Б/х анализ крови, кровь на сахар, Кровь на RW, на ВИЧ и маркёры вирусных гепатитов, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости.

 К моменту последней курации состояние больного значительно улучшилось,

температура держится в пределах нормы, наблюдается положительная динамика со стороны гепатобилиарной системы, утих интоксикационный синдром.

* Прогноз
	+ Для выздоровления: благоприятный
	+ Для трудоспособности: благоприятный
	+ Для жизни: благоприятный

**Обоснование прогноза:**

## Учитывая возраст больного (24 года), средне-тяжелую форму заболевания, поддающуюся терапии, адекватное поведение больного, отсутствие у него пристрастия к алкоголю и наркотическим веществам, отсутствие сопутствующей патологии, удовлетворительные бытовые условия, можно сказать, что процесс может полностью регрессировать, вплоть до полного клинического выздоровления больного, при соблюдении им должной диеты. Но у больного гепатит В, который часто может переходить в хронические формы, с развитием в дальнейшем цирроза печени, при влиянии неблагоприятных факторов (курение, несоблюдение диеты, употребление алкоголя даже в небольших количествах). Не исключено, что у больного в периоде выздоровления может развиться постгепатитный синдром, с астено-вегетативными жалобами. После клинического и морфологического выздоровления возможно полное восстановление работоспособности.

## Рекомендации: Больному рекомендовано наблюдение у врача-инфекциониста в поликлинике минимум 6 месяцев и соблюдение диеты с исключением алкоголя, острого, жирного, жаренного.

**Текущая дезинфекция в очаге:**

С использованием хлорсодержащих средств (обеззараживание выделений больного и всех предметов, с которыми он соприкасался) Родственникам иметь личные предметы гигиены (зубная щётка, бритва) и столовые принадлежности. Медицинское наблюдение за очагом вирусного гепатита осуществляется в течение 45 дней с момента госпитализации больного и заключительной уборки. У ближайших родственников берут кровь на маркёры вирусных гепатитов.

Подпись: Куратор: .

 Группа: Л – .