**Портальный цирроз печени. История болезни.**

Дата курации: 27.12.99.

Паспортная часть

ФИО – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Возраст - 59 лет.
Профессия - экономист.
Дата поступления - 12.12.99.
Дата курации - 27.12.99.

Жалобы.
На момент курации жалобы на чувство тяжести в правом подреберье.

Anamnesis morbi.

Со слов больной с ноября у нее наблюдалось увеличение живота, к врачу не обращалась. К концу ноября больная обратила внимание на выбухание в области пупочного кольца. Периодически возникали боли в правом подреберье, по словам больной, не связанные с приемом пищи. 11 декабря 1999 года появилась тошнота (не связанная с приёмом пищи), горечь во рту, однократная рвота желудочным содержимым (без облегчения), постоянные, ноющие боли и чувство тяжести в правом подреберье, повышение температуры до 39-40 градусов. Была вызвана СМП и с диагнозом острый холецисто-панкреатит больная госпитализирована в 13 ГКБ. После осмотра дежурного хирурга вопрос об острой хирургической патологии был снят, больная для вирификации диагноза и лечения направлена в терапевтическое отделение.

Anamnesis vitae.

Росла и развивалась нормально. Каких-либо инфекционных заболеваний ( со слов больной ) к настоящему моменту не перенесла. Операций не переносила.

Вредные привычки. Употребление алкоголя, курение отрицает.

Гинекологический анамнез. Одна беременность, одни роды, без осложнений во время и после беременности.

Аллергоанамнез не отягощён. Гемотрансфузий не было.

Наследственность не отягощена.

Первый этап диагностического поиска.

Учитывая жалобы и данные анамнеза: повышение температуры, тяжесть и ноющие боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, увеличение живота ( асцит ) можно предположить, что у больной имеет место патология гепато-билиарной системы.

1.. Вирусный гепатит (B,C,D).
2.. Цирроз печени.
3.. ЖКБ.
4.. Аутоиммунный гепатит.
5.. Гемолитическая анемия.
6.. Опухоль головки поджелудочной железы.
7.. Метастатический процесс.

Status praesens.

Состояние удовлетворительное.

Кожные покровы, бледно-жёлтого цвета, сухие. На груди и предплечье имеются телеангиоэктазии. Тургор тканей снижен. ПЖК развита незначительно. Слизистые: склеры – бледно-розовые с инъекцией сосудов. Отеков нет.
Система органов дыхания.

Жалоб нет. Грудная клетка нормостенического типа, равномерно участвует в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. Дыхание не глубокое, ритмичное ЧДД - 21 в минуту.

Пальпаторно грудная клетка резистентна, безболезненна, голосовое дрожание проводится симметрично.

При сравнительной перкуссии определяется притуплённый перкуторный звук. При топографической перкуссии изменения границ нет. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Система органов кровообращения.

Жалоб нет. При осмотре, область сердца не изменена.

Перкуторные границы сердца:
правая - по срединной линии на уровне 4 межреберья,
левая - на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 м.р.
верхняя - на уровне 3 ребра.
Поперечник относительной тупости - 13 см.

При аускультации ритм сердечных сокращений правильный 86 уд. в мин. Шумов нет. Артериальный пульс симметричный на обеих руках (a. radialis ), ритмичный, умеренного наполнения и напряжения 86 уд.в мин. АД 110/60. При осмотре вен шеи, грудной, брюшной стенки и конечностей патологии не выявлено, в области шеи видна пульсация (a. carotis).

Желудочно-кишечный тракт.

Жалобы на чувство тяжести в правом подреберье.

Полость рта: язык малинового цвета, обложен беловатым налётом, зубы со следами лечения. Живот при осмотре асимметричный, отмечается не значительное выбухание правых верхних отделов живота. Равномерно участвует в акте дыхания. Пальпация болезненна в правых верхних отделах. Перистальтика нормальная. За счет длительно существующего асцита сформировалась пупочная грыжа.

Печень и желчный пузырь.

Размеры печени по Курлову - 23:19:15 см.

При глубокой пальпации определяется ровный, эластичный, закруглённый край печени. Выступающий из под рёберной дуги (по среднеключичной линии) на 5 см. Симптомы: Ортнера, Мэрфи, Мюсси - отрицательны. Желчный пузырь не пальпируется. В левой верхней половине живота пальпируется край селезёнки. Пальпация безболезненна. При перкуссии размеры селезёнки 19Х7 см. Поджелудочная железа не пальпируется, безболезненна. При перкуссии в положении лёжа на спине отмечается незначительное притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. Стул раз в двое суток, оформленный, обычной окраски.

Мочеполовая система.

Жалоб нет. Суточный диурез около 2,5 литров. Почки, мочевой пузырь не пальпируются. Пальпация точек проекции мочеточников безболезненна, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Нервно-психический статус.

Сознание ясное, ориентировка в месте, времени, ситуации и собственной личности не нарушена. Речь не нарушена. Со стороны органов чувств патологии нет.

Эндокринная система.

Жалоб нет. Щитовидная железа не пальпируется.
Второй этап диагностического поиска.

Базируясь на данных физикального обследования (телеангиоэктазии, гепатомегалия, спленомегалия, асцит ), и учитывая жалобы больной и анамнез, круг заболеваний может быть очерчен:

1.. Цирроз печени.
2.. Вирусный гепатит (B,C,D,).

3.. Аутоиммунный гепатит.
4.. Метастатический процесс.

Предварительный диагноз – портальный цирроз печени.

План обследования.

1.. Общий анализ крови.
2.. Общий анализ мочи.
3.. ВИЧ, RW.
4.. Анализ крови на HBs-Ag, анти HBc Ig M, HDv-Ag.
5.. Биохимический анализ крови, (белок с фракциями, билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба, сулемовая проба, мочевина, креатинин, холестерин, протромбин). Данные пробы необходимы для определения сохранности функций печени.
6.. УЗИ органов брюшной полости и щитовидной железы.
7.. ЭКГ.
8.. Рентгенография грудной клетки.
9.. Радиоизотопное исследование печени.

Результаты обследования.

1.. ЭКГ 17.12.99. Заключение - ЭКГ- картина гипертрофии левого желудочка.

2.. Общий ан. крови 21.12.99: гемоглобин- 112, эритроциты-3,6, ЦП - 0.9, тромбоциты-203, лейкоциты – 8, пя-5, ся-73, эозинофилы-1, лимфоциты -16, моноциты - 4, СОЭ – 35.

3.. Общий ан. мочи 07.10.99: цвет – светло-желтый, прозрачность неполная, реакция кислая, белок - нет; глюкоза – нет, эпителий плоский – незначительное кол-во, лейкоциты – 4-5 ед. , эритроциты – единичные, слизь - мало.

4.. Анти HcV -
HBs-Ag -
RW -
ВИЧ –
Anti-tuis ( IgM, IgG ) -

5.. Биохимический ан. крови 18.10.99:общий белок-77, альбумины-35,46%, альфа-1 - 4,1%, альфа-2 - 6.9%, бетта - 7,24%, гамма - 46,3%, мочевина-4,6 , креатинин-96, холестерин-3,6 , билирубин общий-100,7 ,билирубин прямой-79, билирубин не прямой-21,7 железо сывороточное-14, АЛТ-73. АСТ-177, щелочная фосфатаза-120.

6.. УЗИ органов брюшной полости 12.12.99: селезенка: 192х68 мм, контур ровный, незначительно уплотнена. Печень: правая доля – 142 мм, левая – 72 мм. Контуры ровные, структура печени сохранена. Эхогенность паренхимы повышена. Печеночные вены расширены, объемные образования не определяются. Во всех отделах брюшной полости свободная жидкость.

Заключение: цирроз печени, асцит, спленомегалия.

7.. Рентгенография грудной клетки. Заключение: корни структурны, диафрагма обычно расположена, контур ровный, синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.

Третий этап диагностического поиска.

Исходя из информации, полученной на первом и втором этапах диагностического поиска и суммируя её с данными лабораторных и инструментальных исследований ( гипоальбуминемия, гипергаммаглобулинемия, положительные осадочные реакции, снижение содержания протромбина. УЗИ картина цирроза, спленомегалия, отсутствие возбудителей вирусных гепатитов), можно говорить о наличии у больной портального цирроза печени в стадии декомпенсации.

Лечение.

Полное исключение алкоголя, бессолевая диета, диуретики, витаминотерапия, гепатопротекторы - легалон., регулярное 4-5 разовое питание, ограничение физических нагрузок, лечение сирепаром, эссенциале.

Дневники наблюдения.

28.12.99. 10:00.Состояние удовлетворительное, жалоб нет, ЧДД-19; АД-11060; ЧСС-79 ритм правильный; температура - 36,8\*, диурез -2000.

Этапный эпикриз.

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 59 лет, находилась в 13 ГКБ с диагнозом: "портальный цирроз печени в стадии декомпенсации", с 12.12.99. по 28.12.99. Поступила с жалобами на постоянные боли и чувство тяжести в правом подреберье, горечь во рту, тошноту, рвоту, увеличение живота. Со слов больной с ноября у нее наблюдалось увеличение живота, к врачу не обращалась. К концу ноября больная обратила внимание на выбухание в области пупочного кольца. Периодически возникали боли в правом подреберье, по словам больной, не связанные с приемом пищи.

Объективно у больной: телеангиоэктазия, асцит, гепатомегалия , спленомегалия.

Данные лабораторных и инструментальных методов:
1.. ЭКГ 17.12.99. Заключение - ЭКГ- картина гипертрофии левого желудочка.
2.. Общий ан. крови 21.12.99: гемоглобин- 112, эритроциты-3,6, ЦП - 0.9, тромбоциты-203, лейкоциты – 8, пя-5, ся-73, эозинофилы-1, лимфоциты -16, моноциты - 4, СОЭ – 35.
3.. Общий ан. мочи 07.10.99: цвет – светло-желтый, прозрачность неполная, реакция кислая, белок - нет; глюкоза – нет, эпителий плоский – незначительное кол-во, лейкоциты – 4-5 ед. , эритроциты – единичные, слизь - мало.
4.. Анти HcV -
HBs-Ag -
RW -
ВИЧ –
Anti-tuis ( IgM, IgG ) -

5.. Биохимический ан. крови 18.10.99:общий белок-77, альбумины-35,46%, альфа-1 - 4,1%, альфа-2 - 6.9%, бетта - 7,24%, гамма - 46,3%, мочевина-4,6 , креатинин-96, холестерин-3,6 , билирубин общий-100,7 ,билирубин прямой-79, билирубин не прямой-21,7 железо сывороточное-14, АЛТ-73. АСТ-177, щелочная фосфатаза-120.

6.. УЗИ органов брюшной полости 12.12.99: селезенка: 192х68 мм, контур ровный, незначительно уплотнена. Печень: правая доля – 142 мм, левая – 72 мм. Контуры ровные, структура печени сохранена. Эхогенность паренхимы повышена. Печеночные вены расширены, объемные образования не определяются. Во всех отделах брюшной полости свободная жидкость.

Заключение: цирроз печени, асцит, спленомегалия.

7.. Рентгенография грудной клетки. Заключение: корни структурны, диафрагма обычно расположена, контур ровный, синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.

Проводилось лечение:

1.. Лазикс - 60 мг вв.
2.. Гемодез - 400 мл вв.
3.. Р-р глюкозы 5%-400.0 + к-та аскорбиновая-5 мл.
4.. В12 - 500 ед вм.
5.. Эссенциале
6. Пункция брюшной полости

В ходе проведения терапии состояние больной значительно улучшилось: боли исчезли, асцит значительно уменьшился, боли исчезли.

Рекомендовано:
Полное исключение алкоголя, бессолевая диета, диуретики, витаминотерапия, гепатопротекторы - легалон., регулярное 4-5 разовое питание, ограничение физических нагрузок, лечение сирепаром, эссенциале.

Прогноз: неблагоприятный - быстрое развитие печёночной недостаточности.

Список использованной литературы.

1.. "Болезни печени" Подымова.

2.. "Внутренние болезни" Ф.И. Комаров, В.Г. Кукес, А.С. Сметнев.
3.. "Справочник-путеводитель практикующего врача" изд. ГОЭТАР медицина.