**Паспортная часть**

1. Дата поступления в стационар: 27.12.2012 г.

2. Ф.И.О: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Возраст: 68 лет (25.04.1944 г. р.)

4. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Место работы: не работает, пенсионерка

6. Диагноз при поступлении: цирроз печени «С» класс В по Чайлд-Пью, портальная гипертензия, умеренной активности, асцит.

7. Клинический диагноз: цирроз печени «С» класс В по Чайлд-Пью, умеренной активности

8. Осложнения: гепатоспленомегалия. Портальная гипертензия. Варикозная болезнь нижних конечностей. Асцит.

9. Сопутствующие: ИБС, мерцательная аритмия, НIв; желчнокаменная болезнь, хронический калькулёзный холецистит.

**Жалобы пациентки**

Жалобы при поступлении (из истории болезни): на периодические боли в правом подреберье, тянущего характера, появляющиеся при сидении, не связанные с приёмом пищи. Отмечает так же, постоянные ноющие боли в левом подреберье не связанные с приёмом пищи и положением тела, временем суток. Жалобы на ощущение скованности в ногах по вечерам. Так же, отмечает головную боль часто возникающую ночью, в покое, боль как правило не чем не купируется, боль длится несколько часов. Повышенная утомляемость, немотивированная слабость, снижение работоспособности, вялость. Чувство быстрого насыщения и переполнения желудка, тяжесть в верхнем отделе живота. Тошнота, горечь во рту, сухость, непереносимость жирной пищи, свежеиспеченной сдобы, отрыжка. Недавно появившуюся одышку, не связанную с физической нагрузкой, увеличение живота. Перебои в работе сердца: сердцебиение после физической нагрузки.

На момент курации: головную боль, слабость, незначительную одышку, увеличение живота.

**Анамнез настоящего заболевания**

С 1997 года наблюдается в поликлинике по месту жительства по поводу желчнокаменной болезни, хронического калькулёзного холецистита. В связи с данным заболеванием соблюдает соответствующую диету (отказ от жирной пищи, свежеиспечённой выпечки). В 2009 году пациентка отметила ухудшение самочувствия, обратилась к участковому терапевту, кем и была направлена в Консультативный кабинет инфекционной больницы. Проведя необходимые анализы (ИФА, ПЦР и печёночные пробы) в 2009 году был поставлен диагноз хронический вирусный гепатит С. Находилась на диспансерном наблюдении в консультативном кабинете с 2009 года, было рекомендовано посещение врача 1 раз в 3 месяца уменьшение приёма жидкости до 0,5 л в сутки. Накануне госпитализации не соблюла питьевой режим (15.11.12), через несколько дней отметила нарастание живота и появившуюся одышку в покое, ещё через несколько дней отметила ухудшение самочувствия – слабость, головная боль, быструю утомляемость, боли в правом подреберье. С данными жалобами обратилась в консультативный кабинет 26.11.12, была направлена в инфекционную больницу 27.11 с диагнозом цирроз печени «С» класс В по Чайлд-Пью, портальная гипертензия, умеренной активности.

**Эпидемиологический анамнез**

Возможный механизм заражения: в 2008 году проводилось протезирование зубов, после чего развился пародонтоз; специфического лечения не проводилось, кровоточивость дёсен сохранялась около 1,5 лет. Таким образом можно предположить, что путь передачи – парентеральный, источником инфекции мог быть недостаточно обработанный медицинский инструмент; контакт с больным хроническим гепатитом С отрицает. Скорее всего, входными воротами инфекции явились повреждённые дёсны. Факторы, способствующие развитию заболевания: ослабленный иммунитет на фоне имеющегося заболевания, возраст (снижение защитных свойств организма).

**Анамнез жизни**

Ермашкевич Валентина Семёновна родилась 25.04.1944 г. в г. Витебске. Росла и развивалась без отклонений, соответственно возрасту. В умственном и физическом развитии не отставала от сверстников. После окончания школы получила высшее образование. Проф. вредностей на работе не было. На данный момент не работает.

Проживает с сыном в квартире, материально-бытовые условия считает удовлетворительными.

Туберкулез, онкологические заболевания у себя и родственников отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Перенесённые заболевания – ОРЗ; ИБС, мерцательная аритмия, НIв (с 2003г.); желчнокаменная болезнь, хронический калькулёзный холецистит (с 1997г.). Наличие в анамнезе венерических, психических заболеваний, туберкулеза, сахарного диабета, ВИЧ-инфекции отрицает. Вредных привычек нет. Алкогольными напитками не злоупотребляет. Наследственных заболеваний нет.

Из имеющихся заболеваний: с 2009 года хронический вирусный гепатит С.

Гемотрансфузий не было.

**Настоящее состояние пациентки**

Общее состояние больного: удовлетворительное. Сознание: ясное, настроение спокойное. Положение пациента: пассивное. Телосложение: гиперстеничное (масса – 85кг, рост – 170, ИМТ- 29,4). Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена неравномерно: наибольшие места скопления жира – живот, руки.

Кожа и видимые слизистые оболочки:

Кожа бледная. Тургор снижен. Патологических элементов не найдено. Извилистость и расширения поверхностных вен на боковых поверхностях живота. На голенях обеих нижних конечностей имеются варикозно расширенные вены.Слизистые оболочки конъюнктив не гиперемированы.

Лимфатические узлы:

Подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые лимфоузлы не пальпируются.

Мышечная система: Мышечный слой хорошо развит, тонус мышц удовл., при пальпации безболезненны.

Костная система: Осанка правильная. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Врожденных аномалий нет.

Голова: Аномалий развития нет. Мозговой череп преобладает над лицевым, пальпаторно безболезненна.

Полость рта: Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десна не изменены. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки сглажены.

Шея: Шея и её контуры не деформированы, щитовидная железа не увеличена, расширения сосудов и видимой пульсации нет.

Органы дыхания и грудная клетка

Дыхание: Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания: грудной. Частота дыхательных движений: 18 в минуту. При аускультации над симметричными участками выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система

Пульс аритмичный, частота - 98 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет.

Тоны сердца приглушены, аритмичны, АД 140/90 мм. рт. ст.

Пищеварительная система

Осмотр живота

Увеличен в размере, участвует в акте дыхания, пупок не втянут. Имеются признаки расширения сосудов.

Пальпация живота

Поверхностная: наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Глубокая пальпация затруднена ввиду асцита.

*Селезёнка*

Перкуссия - поперечник: 28см, длинник: 12 см.

Пальпация: пальпируется слегка болезненный край.

*Печень*

Перкуссия:

Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 20 см, по передней срединной линии 15 см, по левой реберной дуге 19 см.

Пальпация

Печень выступает за пределы рёберной дуги на 8см. Край печени закруглён, плотной консистенции, поверхность бугристая с лёгкой болезненностью.

Перитонеальные симптомы отсутствуют.

Стул ежедневный, без особенностей.

 Мочеполовая система

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Боли в области поясницы отсутствуют. Симптом Пастернацкого отрицателен. Окраска мочи без особенностей.

Нервная система

Сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей. Глоточный, брюшной и сухожильно-периостальные рефлексы сохранены. Оболочечные симптомы отрицательные. Глазное яблоко, состояние зрачков и зрачковые рефлексы в норме.

**Обоснование предположительного диагноза**

На основании жалоб (на периодические боли в правом подреберье, тянущего характера, появляющиеся при сидении, не связанные с приёмом пищи. Отмечает так же, постоянные ноющие боли в левом подреберье не связанные с приёмом пищи и положением тела, временем суток. Жалобы на ощущение скованности в ногах по вечерам. Так же, отмечает головную боль часто возникающую ночью, в покое, боль как правило не чем не купируется, боль длится несколько часов. Повышенная утомляемость, немотивированная слабость, снижение работоспособности, вялость. Чувство быстрого насыщения и переполнения желудка, тяжесть в верхнем отделе живота. Тошнота, горечь во рту, сухость, непереносимость жирной пищи, свежеиспеченной сдобы, отрыжка. Недавно появившуюся одышку, не связанную с физической нагрузкой, увеличение живота. Перебои в работе сердца: сердцебиение после физической нагрузки), анамнеза настоящего заболевания (в 2009 году был поставлен диагноз хронический вирусный гепатит С, была направлена в инфекционную больницу 27.11 с диагнозом цирроз печени «С» класс В по Чайлд-Пью, портальная гипертензия, умеренной активности), эпидемиологического анамнеза (в 2008 году проводилось протезирование зубов, после чего развился пародонтоз, кровоточивость дёсен сохранялась около 1,5 лет, путь передачи – парентеральный, источником инфекции мог быть недостаточно обработанный медицинский инструмент, входными воротами инфекции явились повреждённые дёсны), анамнеза жизни (ИБС, мерцательная аритмия, НIв (с 2003г.); желчнокаменная болезнь, хронический калькулёзный холецистит (с 1997г.)) и данных объективного обследования (выявление асцита, увеличения размеров печени и селезёнки, болевой синдром при пальпации; аритмичный пульс, варикозно расширенные вены нижних конечностей) можно выставить предположительный диагноз:

Основной: хронический гепатит С с трансформацией в цирроз.

Осложнения: гепатоспленомегалия. Портальная гипертензия. Варикозная болезнь нижних конечностей. Асцит.

Сопутствующие: ИБС, мерцательная аритмия, НIв; желчнокаменная болезнь, хронический калькулёзный холецистит.

**План обследования**

Для подтверждения предварительного и установления клинического диагноза необходимы:

- Общий анализ крови.

- Общий анализ мочи.

- Биохимический анализ крови на общий белок, мочевину, ЩФ, АлАТ, АсАТ, гамма - ГТП, альбумин, билирубин, электролиты и др. - для подтверждения активности процесса.

- Анализ крови на определения серологических маркеров инфицирования (антигенов, антител): методы ИФА, ПЦР.

Маркеры гепатита С: anti - HCV IgG, anti – HCV IgM, HCV- RNA, anti-HCV NS.

Маркеры гепатита В: HBC Ag

- УЗИ органов брюшной полости.

- Коагулограмма крови.

- Исследование кала на паразитологическую инвазию.

А также с целью проведения диагностического минимума для обнаружения сопутствующей патологии необходимы следующие исследования: ЭКГ, анализ крови на RW, ВИЧ.

**План лечения**

Обязательным компонентом современной терапии больных с хроническими диффузными заболеваниями печени является лечебное питание. Ограничение потребления жирной пищи, соблюдение питьевого режима.

*Эссенциале Форте* - препарат мембраностабилизирующего и липотропного действия, применяется внутривенно по 2-4 ампулы по 5 мл ежедневно 4-6 недель или по 1-2 капсулы 3 раза в день до 12 недель.

*Флавоноиды* - препараты из плодов Silybium marianum, выпускают в виде драже и таблеток под разными наименованиями: силимарин, силибинин, силибор, карсил, легалон, лепротек, катерген.

*Гепабене* - смесь экстрактов расторопши пятнистой и дымянки лекарственной. Назначают внутрь по 1-2 капсулы 3 раза в день 4 -12 недель.

*Гепатофальк* - представляет комбинацию 3-х лекарственных трав - чертополоха, чистотела и японского турмерика. Назначают по 1-2 капсулы 3 раза в сутки 4 -12 недель.

*Урсофальк* - действующее вещество - урсодезоксихолевая кислота. Дозировка: 10 мг/кг массы тела в сутки (перед отходом ко сну одну капсулу).

*Тыквеол* - липидный комплекс семян тыквы. Назначают по 1 чайной ложке 3-4 раза в день натощак в течение 3-4 недель.

*Тиоктацид - тиоктовая кислота*, назначают по 600 мг (одна таблетка) за 30 минут до еды в качестве поддерживающей терапии после проведения 2-4-х недельного внутривенного введения 1 ампулы тиоктацида.

Для устранения асцита можно назначить диуретики: Фуросемид

Назначенное лечение

Рибоксин 10,0 в/в №10

Верошпирон 50 мг\*2р/д

Фуросемид 40мг\*2 р/нед

Дигоксин 0,75 по ½ т\*2р/д

Прелакс 20мг\*2р/д

Активированный уголь 6т\*3р/д

Эссенциалекапс 2капс\*3р/д

**Данные лабораторно-инструментальных исследований**

Биохимический анализ крови от 28.11.2012

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Норма | Результат исследования |
| Общий белок | 65-85 г/л | 76,4 |
| Альбумин | 35-85 г/л | 41,6 |
| Мочевина | 1,7-88,3 мм/л | 6,57 |
| Глюкоза | 3,9-6,1мм/л | 6,77 |
| Билирубин общий | 8,55 – 20,52 мкм/л | 31,6 |
| Билирубин прямой | 2,1-5,1 мкм/л | 8,8 |
| Гаммаглутамилтранспептидаза | 10-32 Ед/л | 1838 |
| АсАТ | 5-40 Е/л | 92,5 |
| АлАТ | 5-40 Е/л | 81,6 |
| Альфа - амилаза | 80-110 Е/л | 35,5 |
| Калий | 3,5-5,3 мм/л | 5,33 |
| Натрий | 135-148мм/л | 145,5 |
| Хлориды | 98-107мм/л | 104,2 |
| ПТИ |  | 1,05 |

Заключение:

Повышение уровня глюкозы, увеличение общего билирубина за счёт увеличения количества прямого билирубина. Очень высокий уровень гаммаглутамилтранспептидазы, увеличение содержания АсАТ и АлАТ, снижение уровня альфа-амилазы.

Общий анализ крови от 28.11.12

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Норма | Результат анализа |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 – 140,0 | 136 |
| Цветовой показатель | 0,85-1,1 | 0,94 |
| Эритроциты, \*1012 | 3,9 – 4,7 | 4,34 |
| Лейкоциты, \*109 | 4,0 – 9,0 | 6,5 |
| Эозинофилы, % | 0,5 – 5,0 | 2 |
| Палочкоядерные нейтрофилы, % | 1,0 – 6,0 | 5 |
| Сегментоядерные нейтрофилы, % | 47,0 – 72,0 | 57 |
| Лимфоциты, % | 19,0 – 37,0 | 25 |
| Моноциты, % | 3,0 – 11,0 | 7 |
| СОЭ, мм/ч | 2,0 – 20,0 | 15 |
| Тромбоциты, \*109 | 180 - 360 | 269,0 |

Заключение:

ОАК в пределах нормы

Общий анализ мочи от 28.11.12

Цвет – тёмно-желтый

Мутность - мутная

Реакция - щелочная

Белок – 0,16 г/л

Глюкоза – нет

Микроскопия осадка

Лейкоциты - 2-3 в поле зрения

Эпителий плоский - 0-1 в поле зрения

Бактерии - ++++

Заключение: изменение цвета, мутности, реакции мочи; увеличение количества белка, лейкоцитов, большое число бактериальных клеток.

ЭКГ от 27.11.12

Фибрилляция предсердий, ЧСС 104 в мин. Вертикальная ЭОС. Признаки умеренной гипертрофии левого желудочка.

УЗИ органов брюшной полости от 28.11.12

Гепатоспленомегалия. Диффузное изменение печени и поджелудочной железы.

**Динамическое наблюдение за больным**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата 30.11.2012Время 10.30T0С 36,0ЧСС 80 в мин.АД 140/80 мм.рт.ст. | Жалобы на: головокружение, общее недомогание, слабость. Состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное. Кожный покров бледный. В лёгких дыхание везикулярное, дыхательных шумов нет. ЧД 17 в мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС 80 в минуту. АД 140/80 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, безболезненный. Печень увеличена, плотноэластичная.Стул, диурез в норме. |
| Дата 03.12.2012Время 10.20T0С 36,6ЧСС 76 в мин.АД 135/80 мм.рт.ст. | Жалобы пациентки на слабость. Состояние удовлетворительное тяжести, сознание ясное. Кожный покров бледный, лёгких дыхание везикулярное, дыхательных шумов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС 76 в минуту. АД 135/8о мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, безболезненный. Печень увеличена, плотноэластичная. .Стул, диурез в норме. |

**Обоснование клинического диагноза**

В результате сбора анамнеза, осмотра, объективного исследование, а так же лабораторных и параклинических иследований были выявлены следующие синдромы:

* Болевой синдром.
* Астено-вегетативный синдром.
* Диспепсический синдром
* Синдром спленомегалии
* Синдром гепатомегалии
* Гепатолиенальный синдром
* Синдром портальной гипертензии

Болевой синдром

Выявлен на основании жалоб больного (жалобы на периодические боли в правом подреберье, тянущего характера, появляющиеся при сидении, не связанные с приёмом пищи. Отмечает так же, постоянные ноющие боли в левом подреберье не связанные с приёмом пищи и положением тела, временем суток). Боль появляется в связи с увеличением печени и селезёнки.

Астено-вегетативный синдром

На основании жалоб больного (на быструю утомляемость, общую слабость, заторможенность, снижение мышечной силы), это связано с нарушением детоксикацинной функции печени и накопление катаболических продуктов в крови, эти вещества угнетающе действуют на ЦНС.Диспепсический синдром

На основании жалоб больного: Чувство тяжести в животе после приёма пищи. Увеличенная печень и селезёнка, а так же асцит - затрудняют нормальную перистальтику, всасывание и эвакуацию пищи.

Синдром спленомегалии

На основании объективного исследования (пальпируется слегка болезненный край селезёнки, увеличение её в размерах) можно говорить о резком увеличении селезёнки в размерах. Этому способствовали: портальная гипертензия и повышенное кровенаполнение селезёнки. Спленомегалия сама по себе является признаком портальной гипертензии.

Синдром гепатомегалии

На основании объективного исследования (край печени выступает за пределы рёберной дуги на 8см, болезненный, при перкуссии выявлено значительное увеличение размеров печени).

Гепатолиенальный синдром

Т.е. сочетанное увеличение печени и селезенки, выявлен на сновании объективного исследования.

Синдром портальной гипертензии

На данных анамнеза, осмотра, пальпации (асцит - жидкость в брюшной полости).

На основании жалоб (на периодические боли в правом подреберье, тянущего характера, появляющиеся при сидении, не связанные с приёмом пищи. Отмечает так же, постоянные ноющие боли в левом подреберье не связанные с приёмом пищи и положением тела, временем суток. Жалобы на ощущение скованности в ногах по вечерам. Так же, отмечает головную боль часто возникающую ночью, в покое, боль как правило не чем не купируется, боль длится несколько часов. Повышенная утомляемость, немотивированная слабость, снижение работоспособности, вялость. Чувство быстрого насыщения и переполнения желудка, тяжесть в верхнем отделе живота. Тошнота, горечь во рту, сухость, непереносимость жирной пищи, свежеиспеченной сдобы, отрыжка. Недавно появившуюся одышку, не связанную с физической нагрузкой, увеличение живота. Перебои в работе сердца: сердцебиение после физической нагрузки), анамнеза настоящего заболевания (в 2009 году был поставлен диагноз хронический вирусный гепатит С, была направлена в инфекционную больницу 27.11 с диагнозом цирроз печени «С» класс В по Чайлд-Пью, портальная гипертензия, умеренной активности), эпидемиологического анамнеза (в 2008 году проводилось протезирование зубов, после чего развился пародонтоз, кровоточивость дёсен сохранялась около 1,5 лет, путь передачи – парентеральный, источником инфекции мог быть недостаточно обработанный медицинский инструмент, входными воротами инфекции явились повреждённые дёсны), анамнеза жизни (ИБС, мерцательная аритмия, НIв (с 2003г.); желчнокаменная болезнь, хронический калькулёзный холецистит (с 1997г.)) и данных объективного обследования (выявление асцита, увеличения размеров печени и селезёнки, болевой синдром при пальпации; аритмичный пульс, варикозно расширенные вены нижних конечностей), а так же результатах лаб. исследования (увеличение общего билирубина, очень высокий уровень гаммаглутамилтранспептидазы, увеличение содержания АсАТ и АлАТ, снижение уровня альфа-амилазы; ЭКГ признаки фибрилляции желудочков и УЗИ признаков гепатоспленомегалии), можно поставить заключительный диагноз:

клинический диагноз: цирроз печени «С», класс В по Чайлд – Пью, умеренная активность

осложнения: гепатоспленомегалия, портальная гипертензия, варикозная болезнь нижних конечностей, асцит

сопутствующие: ИБС, мерцательная аритмия, НIв.

**ЭПИКРИЗ**

27.11.2012 в 5 отделение Областной клинической инфекционной больницы с жалобами на периодические боли в правом подреберье, тянущего характера, появляющиеся при сидении, не связанные с приёмом пищи и недавно появившуюся одышку, не связанную с физической нагрузкой, увеличение живота поступила \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 68 лет. Была направлена с консультативного кабинета с диагнозом цирроз печени «С» класс В по Чайлд-Пью, портальная гипертензия, умеренной активности, где на протяжении 3 лет наблюдалась по поводу хронического вирусного гепатита С. В ходе проведённого обследования (сбор анамнеза, осмотр и лабораторно-инструментального исследования) был выставлен заключительный диагноз: клинический диагноз: цирроз печени «С», класс В по Чайлд – Пью, умеренная активность

осложнения: гепатоспленомегалия, портальная гипертензия, варикозная болезнь нижних конечностей, асцит

сопутствующие: ИБС, мерцательная аритмия, НIв.

Проводится лечение:

Рибоксин 10,0 в/в №10

Верошпирон 50 мг\*2р/д

Фуросемид 40мг\*2 р/нед

Дигоксин 0,75 по ½ т\*2р/д

Прелакс 20мг\*2р/д

Активированный уголь 6т\*3р/д

Эссенциалекапс 2капс\*3р/д.

На момент курации пациентка продолжает лечение.