**Общие сведения**

Фамилия, имя, отчество:

Возраст: 44 года

Место работы: домохозяйка, инвалид 2 гр.

Домашний адрес:

Дата поступления в клинику:

**Жалобы**

Предъявляет жалобы на повышенную утомляемость, слабость, повышение температуры тела до 37.30 С; головные боли.

**Anamnesis morbi**

Начиная с 6-ти летнего возраста пациентку беспокоят головные боли, длящиеся 3 дня и возникающие не чаще 2 раз в месяц. Был поставлен диагноз «мигренеподобные боли». Лечение проводила самостоятельно, принимала анальгетики (до 4 таблеток в день). Других изменений в состоянии здоровья не отмечала. Летом 1995 г. при прохождении планового обследования по месту работы на УЗИ впервые было выявлено увеличение селезёнки, по поводу чего пациентка была направлена в гематологическое отделение больницы им. Боткина. В проведённых анализах отметили умеренный синдром цитолиза (повышение АЛТ, АСТ до 7N), после чего она была переведена в гепатологическое отделение, где были проведены анализы на наличие вирусов гепатита (отрицательные) и поставлен диагноз «цирроз печени в исходе хронического активного гепатита». Тогда же пациентка была направлена на консультацию в клинику им. Тареева, где наблюдалась амбулаторно с осени того же года. В то же время впервые выявили наличие АТ к кардиолипину и пациентка стала наблюдаться в ревматологическом центре, где был поставлен диагноз «антифосфолипидный синдром». Назначенная терапия – плаквенил, тромбо-асс, гепатофальк. Спустя 2 года пациентке была проведена биопсия печени и сформулирован диагноз «хронический гепатит неясной этиологии». С 1998 г. по 2000 г. состояние было удовлетворительное (эпизодическое повышение температуры до 37.30С, сохранялась слабость), в клинике не наблюдалась. С ноября 2001 г. пациентка стала отмечать появление и постепенное нарастание отёков по всему телу, увеличение живота, нарастание слабости, утомляемость, повышение температуры тела до субфебрильной. Весной 2002 г. в клинике был поставлен диагноз «цирроз печени в исходе АИГ с синдромом портальной гипертензии, печёночно-клеточной недостаточности» и назначена терапия – урсофальк, верошпирон, фуросемид, метипред (с положительным эффектом: уменьшились отёки, улучшились анализы, улучшилось общее самочувствие). Далее состояние оставалось стабильным. Спустя 4 года зимой пациентка внезапно почувствовала озноб, жажду, боль в животе, повышение температуры тела 390С. Такое состояние продолжалось сутки, вследствие чего была госпитализирована с диагнозом

«кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода» (было проведено их лигирование). В связи с этим зимой 2007 г. пациентка вновь поступила в клинику для обследования и корреции терапии.

**Перенесённые заболевания**

Детские болезни не помнит. Аппендэктомия в 1982 г. Вирус кори в 1993 г. Лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в 2006 г. Контактов с инфекционными больными не было. Гемотрансфузий не было.

**Аллергологический анамнез**

Аллергическая реакция на новокаин, проявляющаяся тошнотой.

**Семейный анамнез**

Отец страдает мигренью. Мать страдала гипертонической болезнью, умерла от острого панкреатита. Старшая сестра страдает мигренью. Пациентка замужем, имеет дочь (здорова).

**Anamnesis vitae**

Родилась //г. в срок. От сверстников в умственном и физическом развитии не отставала. Живёт в благоустроенной изолированной квартире со всеми коммунальными удобствами, вместе с мужем и дочерью. Питание в течение жизни полноценное, регулярное. Отдых ежегодный. Спортом не занимается. Менструации регулярные. Беременность одна. Вредные привычки отрицает.

**Общий осмотр**

*Общее состояние* на момент обследования удовлетворительное.

*Положение в постели:* активное.

*Выражение лица:* доброжелательное, не отражает каких-либо болезненных процессов.

*Рост, масса тела, телосложение, конституция:* телосложение астеническое. Рост 164 см, вес 50 кг, ИМТ=18.

*Кожа и слизистые оболочки:* при осмотре кожных покровов – сухость. Отмечаются единичные телеангиэктазии в области шеи. Пальмарная эритема. Рубец в правой подвздошной области длиной 8 см.

*Подкожная клетчатка:* развита слабо. Отёков нет.

*Лимфатические узлы:* нижнечелюстные, шейные, надключичные, подключичные и паховые не пальпируются.

*Костно-мышечная система:* развитие мышц удовлетворительное, тонус ослаблен. Деформации, болезненности суставов не отмечается.

**Состояние по органам и функциональным системам**

***Система органов дыхания***

Дыхание через нос свободное, патологического отделяемого нет. Грудная клетка конической формы, симметричная. Лопатки на одном уровне, плотно прилегают к грудной клетке. Дыхание смешанного типа, с частотой 19 дыхательных экскурсий в минуту. Дополнительная дыхательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Грудная клетка безболезненна, эластичность не нарушена. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон. При сравнительной перкуссии лёгких выявляется ясный лёгочный звук. При топографической перкуссии высота стояния верхушек лёгких над ключицами 2 см справа и 2 см слева, и сзади – на уровне отростка 7 шейного позвонка, латеральнее на 2 см. Нижние границы лёгких:

1. Правое лёгкое:

-по окологрудинной линии 5 межреберье

-по средне-ключичной линии 6 ребро

-по передней подмышечной линии 7 ребро

-по средней подмышечной линии 8 ребро

-по задней подмышечной линии 9 ребро

-по лопаточной линии 10 ребро

-по околопозвоночной линии на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка

2. Левое лёгкое:

-по передней подмышечной линии 7 ребро

-по средней подмышечной линии 8 ребро

-по задней подмышечной линии 9 ребро

-по лопаточной линии 10 ребро

-по околопозвоночной линии на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка

Суммарная подвижность нижних краёв лёгких справа и слева:

-средняя подмышечная линия 6 см

-лопаточная линия 4 см

При аускультации над лёгкими выслушивается везикулярное дыхание.

***Система кровообращения***

При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб отсутствует, сердечный толчок не определяется. Верхушечный толчок пальпируется на уровне 5 межреберья по левой среднеключичной линии. Перкуссия сердца (определение границ относительной сердечной тупости):

-правая в 4 межреберье по правому краю грудины

-левая на 1 см левее среднеключичной линии в 5 межреберье

-верхняя на уровне 3 межреберья слева по среднеключичной линии

*При аускультации сердца* тоны сердца нормальной звучности, частота сердечных сокращений 64 уд/мин. Шумов в сердце нет.

*Исследование сосудов:* осмотр сосудов шеи – без изменений, вены не набухшие. При аускультации артерий патологические изменения не выявлены. При пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках, ритмичный, с частотой 64 уд/мин. АД на левой руке 110/70 мм.рт.ст., на правой 110/75 мм.рт.ст.

***Система пищеварения***

Слизистая оболочка ротовой полости розовой окраски, язык слегка обложен налётом белого цвета. Живот не увеличен. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Отмечено небольшое скопление жидкости в брюшной полости. Мышцы брюшной стенки активно участвуют в акте дыхания. Печень пальпируется на 1 см ниже правого края рёберной дуги, край печени плотный, ровный, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11/8/7 см. Желчный пузырь не пальпируется. При пальпации селезёнка безболезненна, увеличение 3 степени.

***Органы мочевыделения***

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Результаты лабораторных и инструментальных исследований больного**

***Исследование мочи (19.02.07 г.)***

Цвет жёлтый

SG 1.005

pH 7

LEU 1-3 в п/з

NIT neg

PRO neg

GLU N

KET neg

UBG N

BIN neg

ERY neg

***Общий анализ крови (15.02.07 г.)***

WBC 3,85\*109/L

MO 9,66 Н%

RBC 3,690\*1012/L

HGB 103,1 g/L

PLT 47,3\*109/L

СОЭ 7 мм/Н

***Б/Х анализ крови (13.10.06 г.)***

Гамма фракц. 20,7 % L \*(---)

Г-ГТ 104 ед/л (---)\* N=0

% насыщенных железом 7,8 % \*(---) N=20

Железо 30 мкг/дл \*(---) N=40

Общий холестерин 143 мг/дл \*(---) N=150

***УЗИ (16.02.07 г.)***

Заключение: выраженные диффузные изменения печени, умеренные диффузные изменения поджелудочной железы, спленомегалия, портальная гипертензия, асцит, левосторонний гидроторакс, расширение ЧЛС обеих почек.

***УЗИ (26.02.07 г.)***

Почки в сравнении с УЗИ от 16.02.07 г. без существенной динамики, остаётся расширена ЧЛС обеих почек, больше справа.

***ЭКГ***

ЭОС не отклонена. Синусовая брадикардия. В остальном без выраженных изменений.

***Рентгенография органов грудной клетки (14.02.07 г.)***

На обзорной рентгенограмме лёгких свежих очагов инфильтративных теней не выявлено. Лёгочный рисунок умеренно усилен. Корни структурны, не расширены. Плевральные синусы свободные. Диафрагма обычно расположена. Сердце расширено в поперечном размере, аорта умеренно уплотнена.

***Иммуноглобулины: А,М,G (15.02.07 г)***

IgA 230 мг/дл N 50-300

IgM 188 мг/дл N 40-200

IgG 1560 мг/дл N 600-2000]

***Иммунологическая лаборатория (15.02.07 г.)***

ANA 1:40 свечение гомогенное (+)

АТкКлIgM 8,73 МЕ/дл (---)\* N (0-7)

***Коагулограмма (15.02.07 г.)***

Снижение активности факторов протромбинового комплекса.

**Клинический диагноз:** цирроз печени в исходе АИГ с синдромом портальной гипертензии, печёночно-клеточной недостаточности.

**Обоснование диагноза:**

В пользу диагноза свидетельствуют:

-данные лабораторных и инструментальных методов исследования: анемия, лейкопения, тромбоцитопения, уменьшение протромбинового индекса, гипохолестеринемия; данные УЗИ (гепатоспленомегалия), варикозное расширение вен пищевода.

-данные объективного обследования: пальмарная эритема, отёчно-асцитический синдром.

-анамнестические данные: наличие факторов риска, общая слабость, утомляемость, похудание, повышение температуры тела до субфебрильной.

**Дифференциальный диагноз** проводим с:

- опухолями печени (данные УЗИ позволяют исключить наличие опухоли)

- хронические гепатиты: вирусные (необходимо обнаружение вируса гепатита в крови), алкогольные (необходим алкогольный анамнез, признаки хронического алкоголизма).

**Лечение:**

1. Избегать необоснованного приёма лекарственных средств.
2. Соблюдать режим питания (ограничение соли, алкоголя), ограничивать физические нагрузки.
3. ГКС: преднизолон.
4. Диуретики: фуросемид.
5. Бета-блокаторы: атенолол.
6. Противоревматоидные средства: плаквенил.
7. При головной боли: амигренин.