**Фамилия Имя Отчество:** XXX

**Возраст:** 62 года.

**Пол:** женский

**Семейное положение:** замужем

**Место работы:** Пенсионер. Инвалид II группы с 1993 года. **До пенсии:** Контролер ОТК.

**Дата поступления:**

**Клинический диагноз:** Цирроз печени вирусной этиологии. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, варикоз вен пищевода III степени).

**Жалобы при поступлении:**

Больная предъявляла жалобы на постоянные, тупые, неиррадиирующие боли в эпигастральной области и правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи и интенсивной физической нагрузки. Кровоточивость десен после принятия пищи. Большую физическую слабость, повышенную утомляемость, возникающие к концу дня. Также больной были предъявлены жалобы на постоянную, не спадающую после ночного отдыха отечность нижних конечностей в области нижних 2/3 голеней. Появление “сосудистых звездочек” в области лица и шеи.

**История заболевания:**

Со слов больной 5 июня 1966 года, на следующий день после родов дочери, у нее появилось окрашивание слизистых в желтый цвет. Больная была переведена из роддома в гепатологическое отделение другой больницы с подозрением на гепатит, где и находилась в течение 40 дней. В течении этого времени был поставлен диагноз: “Криптогенный гепатит” и проведено симптоматическое лечение. В 1969 году находясь в служебной командировке заболела туберкулезом правого легкого, по поводу чего в 1972 году была сделана операция – удаление VI сегмента правого легкого. До момента операции проводилось терапевтическое лечение (изониазид, стрептомицин и др.).

До 1993 года состояние больной не менялось. Летом 1993 года больная стала отмечать появление “сосудистых звездочек”, вначале на ногах, а потом по всему телу, появилась слабость, потеря аппетита (потеря в весе к июлю составила 6-7 кг.). Также появилось незначительное окрашивание склер в желтый цвет. Больная обратилась в поликлинику по месту жительства, где после обследования было дано направление на госпитализацию в клинику им. Василенко в гепатологическое отделение на обследование, где был поставлен диагноз цирроза печени вирусной этиологии и установлена II группа инвалидности. При выписке больной были даны рекомендации ограничивать себя в потреблении жирной пищи, по возможности отказаться от жареного и алкоголя. До настоящего времени больная ежегодно проходила обследование и дезинтоксикационную терапию в гепатологическом отделении клиники им. Василенко. При госпитализации в 1998 году лечащий врач обратил внимание на пастозность голеней, которую сама больная до этого не замечала. Зимой 1999 года больная обратила внимание на то, что, выполняя ежедневную, привычную работу по дому и хозяйству, стала сильно уставать: к концу дня появлялась физическая слабость, апатия к окружающему; чего раньше не наблюдалось.

**История жизни:**

Родилась в срок в 1937 году (возраст матери 26 лет, здорова). Родилась в семье первой, вскармливалась молоком матери. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставала. Росла и воспитывалась вместе с младшей сестрой (младше на 4 года) в семье без отца (погиб в 1941 году). Рахитом не болела. В школу пошла в возрасте 7 лет, учеба трудностей не вызывала. Окончила 10 классов, по окончании школы работала лаборантом. Через год после окончания школы поступила в техникум, где проучилась 3 года. По окончании ПТУ работала контролером готовой продукции на меховом комбинате. Вышла замуж в 1965 году. В 1966 году родила дочь и переехала в Москву, где продолжила работать контролером ОТК на хим. базе. В возрасте 55 лет ушла на пенсию.

**Условия труда:**

Работая на меховом комбинате, имела постоянный контакт с изделиями из меха и шерсти. Работая на химической базе, часто ездила в служебные командировки, а на самой базе имела контакт с различными активными, химическими веществами.

**Гинекологический анамнез:**

Менструации начались в 12 лет; продолжительность: 3 дня, в последующем 6 дней, обильные, безболезненные, регулярные. Менструации закончились в возрасте 52 лет.

Беременности: 1; роды: 1. Климактерический период протекал без особенностей. В настоящее время есть здоровая дочь (33 года).

**Семейный анамнез:**

Замужем. Живет в коммунальной квартире (занимают 2 комнаты из 3) центрального отопления вместе с дочерью, отдельно от мужа. Питание регулярное (3-4 раза в день), домашнее, ограничивает себя в потреблении жирного, жареного, острого с 1993 года. Сон 8-9 часов в сутки.

Не курит. Употребление алкоголя до 1993 года – редко, потом полный отказ.

**Перенесенные (сопутствующие) заболевания:**

О перенесенных в детстве заболеваниях больная не помнит.

В 1969 -1972 году болела туберкулезом (удален VI сегмент правого легкого в 1972 году).

В 1983 году после стресса появились боли в эпигастральной области распирающего характера, появляющиеся после еды через 20 минут и продолжающиеся около часа. С данными жалобами больная обратилась в поликлинику осенью 1985 года, где был поставлен диагноз гастрит и назначено соответствующее лечение.

**Аллергологический анамнез:**

Кожных аллергических сыпей, отека Квинке, крапивницы, сенной лихорадки, удушья, анафилактического шока при соприкосновении с различными пищевыми и лекарственными веществами не отмечалось.

**Наследственность:**

Данных о состоянии здоровья дедок и бабок по родительским линиям больная не имеет.

Мать – умерла в возрасте 72 лет от цирроза печени (не является отягчающим наследственность фактором). В настоящее время дочь и младшая сестра никакими заболеваниями не страдают.

###### Генеалогическое дерево

 I

 72 года 32 года

 II

62 года 67 лет 58 лет

III

33года

 **-** здоровый мужчина; - здоровая женщина; - умер;

 - супруги; - сестры.

**Настоящее состояние больной:**

- общее состояние:удовлетворительное

* сознание: ясное
* положение: в постели активна
* выражение лица: спокойное
* нормостенического телосложения.

Рост 162 см., вес 60 кг.

**Кожные покровы:**

На момент осмотра: кожа бледно-розовой окраски, на передней поверхности голеней гиперпигментирована. Окраска видимых слизистых бледная. Отмечается субектеричность склер.

На лице в области правой скулы видна единичная, бледная “сосудистая звездочка”. На передней поверхности грудной клетки и живота отмечаются единичные “рубиновые капельки”, в области голеней кожа шелушится. На задней поверхности грудной клетки справа – послеоперационный рубец длиной 23 см. Влажность и эластичность кожных покровов понижена. Волосяной покров развит по женскому типу. На ногтевых пластинках пальцев рук и ног отмечается продольная исчерченность.

**Подкожная клетчатка:**

Развита умеренно и равномерно. Толщина складки на передней брюшной стенке 2-3 см. Подкожно-жировой слой развит равномерно.

На момент осмотра наблюдается пастозность в нижней трети голеней.

**Лимфатическая система:**

Затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Болезненности в области пальпации не наблюдается. При осмотре гиперемии кожных покровов в областях расположения лимфатических узлов не отмечается.

**Мышечная система:**

Развита умеренно, симметрична, безболезненна при пальпации, нормального тонуса. Местных гипертрофий и атрофий мышц не выявлено.

**Костная система и суставы:**

Патологических изменений не выявлено.

Движения в конечностях свободные, безболезненные.

Суставы по форме не изменены.

**Окружности суставов на момент осмотра:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Суставы | Правый | Левый |
| ЛоктевойЛучезапястныйКоленныйГоленостопный (на уровне латеральной и медиальной лодыжек) | 28 см.21 см.41 см.33 см. | 28 см.21 см.41 см.33 см. |

# СИСТЕМА ДЫХАНИЯ

**Жалобы:**

На момент осмотра жалоб указывающих на патологию органов дыхания не предъявлялось.

**Верхние дыхательные пути:**

Дыхание через нос свободное. Голос чистый, тихий. Болей при разговоре и глотании не возникает. Кашля нет. Гортань при пальпации безболезненна.

**Осмотр грудной клетки:**

Грудная клетка: нормостенического типа, конической формы, (надключичные и подключичные ямки умеренно выражены, лопатки плотно прилежат к грудной клетке, эпигастральный угол ~ 90°, ребра в боковых отделах имеют умеренно косое направление, угол Людовига выражен слабо). Деформации грудной клетки не отмечается.

Грудная клетка симметрична: лопатки и ключицы расположены на одном уровне по отношению друг к другу. При дыхании движения грудной клетки синхронны, вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Дыхание смешанного типа с преобладанием грудного. ЧДД 20 в 1 мин. Одышки не наблюдается. Ритм дыхания правильный.

ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

* в покое 85 см.,
* при глубоком вдохе 86 см.,
* при максимальном выдохе 82 см.

Дыхательная экскурсия грудной клетки: 4 сантиметра.

**Пальпация:**

При пальпации болезненности не выявлено, эластичность грудной клетки снижена, голосовое дрожание нормальное, неизменное с обеих сторон.

**Перкуссия:**

**А) сравнительная:**

Над всем легочным полем слышен легочный звук с коробочным оттенком с обеих сторон.

**В) топографическая:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | справа | слева |
| Верхняя граница |
| Спереди (над ключицей) | 3 см | 3 см |
| Сзади | Уровень остистого отросткаVII шейного позвонка | Уровень остистого отросткаVII шейного позвонка |
| Поля Кренига | 3,5 см | 3 см |
| Нижняя граница |
| Окологрудинная линия | 5 межреберье | ---- |
| Средне-ключичная линия | 6 межреберье  | ---- |
| Передняя подмышечная линия | 7 межреберье | 7 межреберье |
| Средняя подмышечная линия | 8 межреберье | 8 межреберье |
| Задняя подмышечная линия | 9 межреберье | 9 межреберье |
| Лопаточная линия | 10 межреберье | 10 межреберье |
| Околопозвоночная линия | Уровень остистого отростка 11 грудного позвонка | Уровень остистого отростка 11 грудного позвонка |
| Подвижность нижнего края |
|  | На вдохе | На выдохе | Суммарная | На вдохе | На выдохе | Суммарная |
| Средне-ключичная линия | 2 см. | 2 см. | 4 см. | ---- | ---- | ---- |
| Средняя подмышечная линия | 2 см. | 3 см. | 5 см. | 2 см. | 3 см. | 5 см. |
| Лопаточная линия | 2,5 см. | 2,5 см. | 5 см. | 2,5 см. | 2,5 см. | 5 см. |

**Аускультация:**

Над всем легочным полемнаблюдаетсявезикулярное дыхание с жестким оттенком. Хрипов, крепитации, шума трения плевры не определяется. Бронхофония нормальная, одинакова с обеих сторон.

# СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ

**Жалобы:**

На момент осмотра больная предъявила жалобы на сохраняющуюся отечность нижних конечностей в области голеней (пастозность).

**Исследование ССС:**

При осмотре сосудов шеи отмечается нормальная пульсация сонных артерий. При осмотре области сердца сердечного горба и узурации ребер не определяются. Верхушечный толчок не виден. При пальпации верхушечный толчок также не определяется. Симптом “кошачьего мурлыканья” не определяется. Пульсация в подложечной области обусловлена пульсацией аорты (при глубоком вдохе пульсация ослабевает). Сердечного толчка нет.

## ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА

Правая: 1 см. кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье.

Левая: по левой срединно-ключичной линии, в 5 межреберье.

Верхняя: находится на уровне середины 3 межреберья.

Расстояние от правой границы относительной тупости до передней срединной линии 3 см.

Расстояние от левой границы относительной тупости до передней срединной линии 7см.

Поперечник относительной тупости 10 см.

Определяется аортальная конфигурация сердца.

Поперечник сосудистого пучка: 8,5 см.

ГРАНИЦЫ АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА

Правая: соответствует левому краю грудины.

Левая: находится на 2 см. кнутри от левой левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: соответствует уровню середины 4 ребра.

Поперечник абсолютной тупости 6,5 см.

**Аускультация:**

Первый и второй тоны нормальной звучности.

Ритм перепела и ритм галопа не выслушивается.

Шум трения перикарда не определяется.

**Исследование сосудов:**

Лучевые, сонные, бедренные артерии неизвиты. Височная артерия мягкая, извитая. Симптом Кончаловского и симптом “щипка” отрицательные.

**Пульс:**

Одинаковый на правой и левой лучевой артерии. Ритм правильный, 72 удара в минуту, полного наполнения, умеренного напряжения, нормальной высоты и скорости. Капиллярный пульс не определяется.

На момент осмотра АД 130/80 мм. рт. ст.

**СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ.**

**Жалобы:**

На момент осмотра больная предъяила жалобы на постоянные, тупые боли в эпигастральной области, усиливающиеся после приема пищи. Кровоточивость десен после принятия пищи.

Аппетит на момент осмотра удовлетворительный, жажды нет. Жевание и глотание пищи не нарушено. Отрыжки, изжоги, тошноты рвоты нет. Стул ежедневный, не изменен. Действие кишечника самостоятельное, но произвольное. Отхождение газов свободное, без запаха.

**Исследование органов пищеварения:**

Полость рта: запах обычный.

Язык: Красного цвета, на спинке желтый налет. Трещин, язв, отпечатков зубов не отмечается.

Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого неба без особенностей, розового окраса.

Зубы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 76П4321 | 1234П67 | П – пломба0 – удален |
| 7054321 | 123456П |

Зубы на момент осмотра санированы.

Десны: розового окраса, кровоточивость после еды (со слов больной). Гнойных выделений, афт, пигментаций нет.

Зев: слизистая розового цвета, отечности не наблюдается. Миндалины не увеличены, налета не наблюдается.

**Исследование живота:**

Живот округлой формы, симметричный, выпячиваний и втяжений не отмечается. Подкожные сосудистые анастомозы не выражены. Рубцов и грыж нет. Перистальтика не нарушена. Живот

свободно участвует в акте дыхания.

Окружность живота на уровне пупка 85 см.

**Перкуссия:**

При перкуссии выслушивается тимпанический звук различной степени выраженности во всех отделах, в области печени и селезенки - бедренный звук. Асцита нет.

**ПАЛЬПАЦИЯ:**

**А) Поверхностная:**

При поверхностной, ориентировочной пальпации живот мягкий, отмечается болезненность при пальпации в эпигастральной и правой подреберной областях. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

**Б) Глубокая:**

- сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая;

консистенция эластичная; неурчащая.

- слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- восходящий и нисходящий отделы толстой кишки - пальпируются в виде цилиндров диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; урчащие.

- поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 3 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

- большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

**Исследование печени и желчного пузыря:**

## ГРАНИЦЫ И РАЗМЕРЫ ПЕЧЕНИ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Линии | Верхняя граница | Нижняя граница | Высота печеночной тупости |
| Передне-подмышечная праваяСредне-ключичная праваяОкологрудинная праваяПередняя срединная | VII межреберьеVI межреберьеV межреберье--------------------- | X реброПо краю реб. дуги2 см. ниже р. дуги3,5 см. ниже осн. мечевидн. отр-ка | 10 см.11 см.9 см.---------------------- |
| Граница левой доли | Не выступает за левую окологрудинную линию |
|  | ПО КУРЛОВУ |
|  | I размер (прямой) | II размер (прямой) | III размер (косой) |
| Размеры | 11 см. | 8 см. | 7 см. |

**Пальпация:**

Нижний край печени закругленный, плотный, безболезненный, поверхность гладкая.

**Исследование селезенки:**

Верхняя граница селезенки: верхний край IX ребра

Нижняя граница селезенки: ниже нижнего края XI ребра на 3 см.

Длинник селезенки: 14 см.

Поперечник селезенки: 6 см.

**Пальпация:**

Пальпируется нижний полюс селезенки, плотной консистенции, с гладкой поверхностью, умеренной болезненности.

**Аускультация живота:**

По всей поверхности живота выслушиваются нормальные кишечные шумы.

# СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

**Жалобы:**

На момент осмотра жалоб, указывающих на патологию органов мочеотделения, не предъявлялось.

Боли в области поясницы и мочевого пузыря отсутствуют. Дизурических расстройств не выявлено.

**Осмотр:**

Гиперемии и припухлости в области почек не обнаруживается.

**Исследование почек:**

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

При пальпации нижний полюс правой почки ниже нижнего полюса левой почки. Пальпация почек безболезненна, почки легко смещаются, эластичной консистенции. При аускультации шум почечных артерий не выслушивается.

При перкуссии мочевой пузырь над лобковым симфизом не определяется.

###### ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

**Жалобы:** На момент осмотра жалоб, указывающих на патологию органов эндокринной системы, не предъявлялось.

**Щитовидная железа:**

Не пальпируется. Окружность шеи на уровне щитовидной железы спереди и VII шейного позвонка сзади – 34 см.

Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага – отрицательные.

###### НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА

Головные боли, головокружения не беспокоят. Обмороков не отмечалось. Больная правильно ориентирована в окружающем пространстве и времени. Легко идет на контакт, восприятие и внимание не нарушено. Способна сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватно окружающей обстановке.

Сон глубокий, ровный, продолжительностью 8-9 часов. Засыпает относительно быстро. Самочувствие после пробуждения хорошее

Рефлексы Бабинского, Россолимо отрицательные. В двигательной сфере патологических изменений не выявлено.

###### ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **День болезни** | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| **День пребывания в стационаре** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| **П** | **АД** | **Т** | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в |
| **120** | **175** | **39** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **90** | **125** | **38** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **80** | **100** | **37** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **70** | **75** | **36** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **60** | **50** | **35** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дыхание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Стул |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ (с 10 по 13 числа)**

**10**

Состояние без отрицательной динамики, АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС 72 удара в минуту. Сознание ясное, стул был.

В КРОВИ: гипоальбуминемия (3,2 г%), цитолиз (АСТ – 3N), признаки панцитопении с выраженной тромбоцитопенией (30 тыс.), коагулопатии (ПИ 74%; фибриноген 1,12 г/л).

Введено внутривенно капельно Sol. Albumini 200 ml.

**11**

Состояние удовлетворительное, жалобы прежние. По органам данные прежние АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный, сознание ясное.

Введено внутривенно капельно Sol. Haemodesi 200 ml.

**12**

Состояние без отрицательной динамики, дополнительных жалоб нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 110/70 мм.рт.ст. ЧСС 76 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Введено внутривенно капельно Sol. Albumini 200 ml.

Больной показана ЭГДС, для исключения эрозивно-язвенных изменений, оценки степени расширения вен пищевода.

Больная ознакомлена с методикой проведения ЭГДС; возможными осложнениями, согласна на исследование.

**13**

Состояние относительно удовлетворительное, дополнительных жалоб не предъявлялось. При ЭГДС выявлены признаки эрозивного эзофагита, варикоз вен III степени.

При осмотре: по органам данные прежние, АД 110/70 мм. рт. ст. Пульс 72 удара в минуту.

Больной дополнительно назначен антисекреторный препарат и прокинетик (защита слизистой пищевода)

# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

## **Лабораторные исследования:**

1. Клинический анализ крови. Назначаем для выявления эритропении, лейкопении, тромбоцитопении (т.е. признаков гиперскленизма), и/или выявления признаков хронического воспаления (повышение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево).
2. Биохимический анализ крови. В нем нас интересуют показатели количество общего белка, белковых фракций, показатели белковых осадочных проб, активности аминотрансферраз (они могут быть повышены). Так как, есть субектеричность склер, обязателен показатель билирубина.
3. Анализ мочи. Так как мы подозреваем патологию печени, в моче могут быть желчные пигменты и уробилин.
4. Анализ кала. Мы подозреваем цирроз печени и портальную гипертензию, поэтому может быть варикозное расширение вен прямой кишки и пищевода. Исходя из этого желательно проведение реакции на скрытую кровь.

**Инструментальные исследования:**

1. ЭКГ. Назначаем, так как при физикальном исследовании выявили гипертрофию левого желудочка и для подтверждения сердечной недостаточности.
2. УЗИ органов брюшной полости. Информативно - дает данные о состоянии печени, портальной вены, селезенки и других органов брюшной полости.
3. ЭГДС. При этом исследовании ожидаем получение данных в подтверждение варикозного расширения вен пищевода (симптом портальной гипертензии).
4. Ректороманоскопия. Интересуют наличие варикозно-расширенных вен прямой кишки (также симптом портальной гипертензии).
5. Биопсия печени. Она даст точный ответ о наличии морфологических изменений печеночной ткани, характерных для цирроза печени.

**Консультации специалистов:**

1. Консультация стоматолога. Для исключения заболевания в ротовой полости, способного вызывать кровоточивость десен.

**РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ И КОНСУЛЬТАЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ**

**АНАЛИЗ КРОВИ**

" 06 "

(дата взятия биоматериала)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результ. | Норма |
|  | Единицы СИ | Единицы, подлежащие замене |
| Гемоглобин  | Ж М | 12,4 г.% | 130,0—160,0 120,0—140,0 | г/л | 13,0-16,0 12,0-14,0 | г.% |
| Эритроциты  | М Ж | 3,7 млн. | 4,0—5,0 3,9—4,7 | \* 1012/л | 4,0—5,0 3,9—4,7 | млн. в 1мм3 (мкл) |
| Цветовой показатель | 1,0 | 0,85-1,05 |  | 0,85—1,05 |  |
| Ретикулоциты | --- | 2—10 | 0/00 | 2—10 | 0/00 |
| Тромбоциты | 30 тыс. | l80,0— 320,0 | \* 109/л | 180,0—320,0 | тыс. в 1 мм3 (мкл) |
| Лейкоциты | 2,13 тыс. | 4,0—9,0 | \* 109/л | 4,0—9,0 | тыс. в 1 мм3 (мкл) |
|  | Миелоциты | ---- |  | %\*109/л | — | % в 1 мм3 (мкл) |
|  | Метамиелоциты | ---- |  | %\*109/л | — | % в 1 мм3 (мкл) |
|  | Палочкоядерные | 1%\*109/л | 1—6 0,040—0,300 | %\*109/л | 1—6 40-300 | % в 1 мм3 (мкл) |
|  | Сегментоядерные | 41%\*109/л | 47—72 2,000—5 500 | %\*109/л | 47—72 2000-5500 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Эозинофилы | 4%\*109/л | 0,5—5 0,020—0,300 | %\*109/л | 0,5—5 20—300 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Базофилы | ---- | 0—1 0—0,065 | %\*109/л | 0—1 0—65 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Лимфоциты | 39%\*109/л | 19—37 1,200—3.000 | %\*109/л | 19—37 1200—3000 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Моноциты | 12%\*109/л | 3-11 0,090—0,600 | %\*109/л | 3-11 90—600 | % в 1 мм3 (мкл) |
| Плазматические клетки | ----- |  | %\*109/л |  | % в 1 мм3 (мкл) |
| Скорость (реакция) оседания эритроцитов  | М Ж | 12 мм/ч | 2—10 2—15 | мм/ч | 2—10 2-15 | мм/час |

**КОАГУЛОГРАММА**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | От 06.xx.xxxx | От 18.xx.xxxx | Единицы |
| Активированое время рекальцификации | 80 | 126 | 50-70 с. |
| Активированное частичное тромбопластиновое время | 73 | 82 | 31-51 с. |
| Протромбиновый индекс | 74 | 70 | 85-110% |
| Фибриноген плазмы | 1,12 | 0,87 | 2,0-4,0 г/л |
| Фибринолиз (время лизиса эуглобулиновых сгустков) |  | 1час 40мин. | 3-5 часов |
| Растворимые комплексы фибринмономеров | 0,210 | 0,180 | 0,35-0,47 |
| Тромбиновое время | 45 | 44 | 28-32 с. |
| ТВ с протамина сульфатом | 20 | 22 | 18-22 с. |

Заключение по коагулограмме: Снижение всех факторов свертывания крови. Значительная гипофибриногенемия, активация фибринолиза. Повышение антитромбиновой активности крови.

БИОХИМИЯ КРОВИ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | От 06.xx.xxxx | От 18.xx.xxxx | Единицы | Единицы СИ |
| НатрийКалийОбщий белокАльбуминыАланинаминотрансферазаАспартатаминотрансферазаГлюкозаКреатининМочевинаОбщий билирубинПрямой билирубин | 136ммоль/л3,62 ммоль/л6,3 г%3,2 г% (↓)41(↑) ЕД123 (↑↑) ЕД76 мг%0,714 мг/100мл2,8 (↑)мг%0,5 (↑)мг% | 140,5ммоль/л4,29 ммоль/л5,6 г% (↓)3,2 г% (↓)34 ЕД94 (↑) ЕД73 мг%0,816 мг/100мл2,7 (↑)мг%0,5 (↑)мг% | 6,5-8,5г%4-5г%5-30 ЕД8-40 ЕД80-120 мг%0,5-1,620-40 мг/100мл0,65-1,2 мг%0,15 мг% | 65-85 г/л40-50 г/л0,1-0,68 ммоль/л0,1-0,45 ммоль/л4,44-6,66 ммоль/л0,044-0,141 ммоль/л3,3-6,6 ммоль/л8,6-20,5 мкмоль/л2,57 мкмоль/л |

|  |  |
| --- | --- |
| **Анализ мочи от 6**.xx.xxxx | Анализ мочи от 20.xx.xxxx |
| Количество: 150Цвет: светло-желтыйРеакция: рН 4,0Удельный вес: 1007Прозрачность: неполнаяЗапах: вкусный Белок: нетСахар: ---Ацетон: ---Уробилин: в N.Плоские эпителиальные клетки: немногоЛейкоциты: 0-1 в п. з.Эритроциты: единичные в препаратеЦилиндры: ---Слизь: немногоБактерии: немного | Количество: 150Цвет: светло-желтыйРеакция: рН 8,0Удельный вес: 1005Прозрачность: полнаяБелок: нетСахар: нетАцетон: нетУробилин: в N.Плоские эпителиальные клетки: до умерен.Лейкоциты: 8-10 в п. з.Эритроциты: единичные в препарате с изме- нениямиЦилиндры: ---Слизь: немногоБактерии: немного |

###### Анализ кала от 6.xx.xxxx

|  |  |
| --- | --- |
| Цвет: светло-коричневыйФорма: цилиндрическаяВкус: нормальныйСлизь: умеренное количествоСтеркобелин: +Мышечные волокна:* потерявшие исчерченность + -
* сохранившие исчерченность ++

Соединительная ткань: -Нейтральные жиры: - | Жирные кислоты: -Мыла: +Крахмал (внутрикл.) ++Клетчатка:* перевариваемая +
* неперевариваемая ++

Йодофильная флора: ++Лейкоциты: -Эритроциты: - |
| На скрытую кровь: - бензидиновая проба: отрицательно- проба Вебера: отрицательно |

###### ЭКГ

#### ЧСС 74

Зубец Р 0,08” , положителен 2 мм.

Интервал PQ 0,12” , изоэлектричен.

Зубец Q 0,04”

PR 0,13”

QRS 0,08”

QT 0,38”

Заключение: Горизонтальная электрическая ось сердца. Изменения в задней стенке и умеренно выраженные изменения в боковой стенке левого желудочка (снять ЭКГ в динамике на вдохе).

**ЭНДОСКОПИЯ от 13**.xx.xxxx**.**

(анастезия тримекаином)

Пищевод проходим, его вены варикозно расширены с средней трети до 0,7 см. Слизистая над ними истончена, багрово-синюшного цвета, видны единичные продольные красные эрозии, кардия смыкается неполностью. В желудке большое количество слизи, слизистая желудка гиперемирована в антральном отделе, угол не изменен, привратник проходим, луковица двенадцатиперстной кишкисредних размеров, слизистая очагово гиперемирована.

Заключение: Варикоз вен III степени, эрозивный рефлюкс-эзофагит II степени, антральный гастрит, бульбит, дуоденогастральный рефлюкс.

###### УЗИ от 06.xx.xxxx

В брюшной полости незначительное количество свободной жидкости. Печнь умеренно увеличена за счет левой доли (66 мм), контур фестончатый, структура печени неоднородная, уплотнена по портальным трактам с зонами повышенной эхогенности. Воротная вена16-17 мм., ход ее извитой. Желчный пузырь средних размеров, с перегибом в верхней трети, стенки уплотнены, утолщены, имеют двойной контур.

Pancreas с размытыми контурами, паренхима гиперэхогенна, неоднородна; селезеночная вена в теле pancreas 9,1 мм.

Селезенка: 135 Х 54 мм, стенки сосудов уплотнены, селезеночная вена в воротах 11 мм, ход ее извитой.

Левая почка расположена низко, 101 Х 40 мм, правая почка расположена обычно 112,6 Х 41 мм. Мочевой пузырь пуст.

###### Консультация стоматолога

Произведена санация кариозных зубов. Парадонтит II ст. Обширные отложения зубного камня (снят по возможности). Пролежни на деснах.

Биопсия печени и ректороманоскопия не проводились.

# ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

При поступлении больная жаловалась на постоянные боли в области печени, в подложечной области, имеющие тупой ноющий характер, усиливающиеся после еды, особенно жирной, обильного питья и физической ра­боты. Причиной болей обычно являются увеличение печени и растяжение капсулы, появление очагов некроза, близко расположенных к капсуле, и реактивное вовлечение в процесс близко расположенных участков печеночной капсулы.

 При циррозах печени обычны диспепсические явления в виде снижения аппетита до полной анорексии, соответственно отмечается снижение массы тела, тяжесть в подложечной области после еды. Частыми жалобами больных циррозом печени являются снижение трудоспособности, общая сла­бость, быстрая утомляемость и бессонница.

Видимая субектеричность склер у этой больной, как и желтушность кожных покровов у многих больных циррозом печени является про­явлением гепатоцеллюлярной недостаточности, связанной с дистрофическими процессами и некрозами печеночных клеток. Раньше всего желтуха выявляет­ся на склерах глаз, мягком небе и нижней поверхности языка. Затем окрашиваются ладони, подошвы и, наконец, вся кожа. Желтуха обычно про­текает с неполным обесцвечиванием кала и присутствием желчи в дуоденаль­ном содержимом, нередко сопровождается кожным зудом, который может быть и при ее отсутствии. В этих случаях при осмотре можно выявить мно­жественные следы расчесов на коже конечностей, живота, поясницы, в под­мышечных областях и между пальцами; расчесы могут подвергаться инфицированию и нагноению. (Желтушное окрашивание кожных покровов, расчесов и обесцвечивание кала у данной больной не наблюдается).

При циррозе печени, возникшем в результате массивных некрозов пе­ченочной паренхимы, в период обострения болезни желтуха приобретает осо­бое прогностическое значение: она значительна в том случае, если процесс деструкции печеночных клеток превышает их способность к регенерации и служит показателем плохого прогноза. При портальном циррозе желтуха не является ранним симптомом и обычно нерезко выражена.

Также при осмотре больной были выявлены: “сосудистые звездочки”— кожные артериовенозные анастомозы, наблюдающиеся у подавляющего большинства больных циррозом и в ряде случаев появляющиеся за несколько лет до выраженных симптомов этого заболевания. У больной на момент осмотра имелась только одна такая “сосудистая звездочка”, расположенная в области правой скулы, представлявшая собой слегка возвышающиеся над поверхностью кожи ангиому, от которых лучеобразно разветвляются мелкие сосудистые веточки. Наиболее часто сосудистые “звездочки” располагаются на коже верхней части туловища; на шее, лице, плечах, кистях и спине, реже на слизистых оболочках носа, рта и глотки; очень редко они обнаружи­ваются на нижней половине туловища. Появление сосудистых звездочек объясняется повышенным количеством циркулирующих в крови эстрогенов, не разрушающихся с долж­ной скоростью в пораженной печени.

Печень при циррозах обычно плотная, увеличена в размерах (у данной больной увеличение печени отсутствует), безболезненная или слабоболезненная, с гладкой, реже — неровной поверх­ностью, с острым и твердым краем.

Содружественное увеличение селезенки (гепатолиенальный синдром) на­блюдается у большинства больных. Оно является очень важным признаком, подтверждающим этот диагноз, и позволяет нередко отличить цирроз от хронического гепатита и других заболеваний печени. Размеры селезенки могут быть различными: от незначительного увеличения до огромных, когда она занимает всю левую половину живота. Увеличение селезенки часто сопро­вождается усилением ее деятельности (“гиперспленизм”), обусловленной по­вышением функции ретикулоэндотелиальной системы и проявляющейся в первую очередь тромбоцитопенией и в последующем ане­мией и лейкопенией, как результат торможения костномозго­вого кроветворения.

Портальная гипертония в большей или меньшей степени может наблю­даться при различных формах цирроза печени, но особенно она характерна для портального цирроза. Возникновение этого синдрома обусловлено органи­ческим нарушением внутрипеченочного кровообращения в результате обструк­ции венозного оттока узлами-регенератами и образованием соединительно-тканных перегородок с запустеванием большей части синусоидов. Вследствие указанных причин создается препятствие оттоку крови из печени, значительно повышается портальное давление — до 400—600 мм вод. ст. (в норме не превы­шает 120—150 мм вод. ст.). В течение длительного времени нарушения портального кровообращения могут быть компенсированы развитием анасто­мозов. К важнейшим естественным портокавальным анастомозам относятся:

а) геморроидальные венные сплетения, через которые осуществляется сооб­щение между нижними брыжеечными венами и геморроидальными венами, впадающими в нижнюю полую вену. При портальной гипертонии развивается варикозное расширение вен геморроидального сплетения; разрыв или травма­тическое повреждение варикозных узлов нередко является причиной кровоте­чений из прямой кишки (у данной больной признаки развития этого анастомоза отсутствуют);

б) в зоне пищеводно-желудочного сплетения — окольный путь из воротной вены через коронарную вену желудка в пищевод­ное сплетение и полунепарную вену в верхнюю полую вену. При выраженной портальной гипертонии в нижней части пищевода образуются значительные варикозные узлы, повреждение стенки которых может служить причиной профузного пищеводно-желудочного кровотечения в виде кровавой рвоты. Варикозное расширение вен пищевода III ст. у данной больной было определено при эзофагогастроскопии;

в) в системе околопупочных вен, анастомозирующих с венами брюшной стенки, несущими кровь в верхнюю и нижнюю полые вены. При портальной гипертонии расширенные вены вокруг пупка (до 1 см в диаметре и более), расходясь в разные стороны, образуют своеобразную картину, называемую головой медузы – caput Medusae (у данной больной признаки развития этого анастомоза отсутствуют).

Таким образом, варикозное расширение вен пищевода, подтверждает наличие у данной больной портальной гипертонии, которая является одним из важнейших симптомов при циррозе.

Наиболее характерным признаком портальной гипертонии является асцит (который у больной был диагностирован при ультразвуковом исследовании при поступлении). Кроме того, имеют значение характерная для циррозов гипоальбуминемия, ведущая к снижению онкотического давления плазмы, а также вторичный гиперальдостронизм (снижена утилизация альдостерона гепатоцитами).

В результате нарушения соединения билирубина в печеночной клетке с глюкуроновой кислотой, а также усиленного внутриклеточного гемолиза в сыворотке крови повышается содержание и свободного билирубина. Количество стеркобилина в кале уменьшается.

Поражение печеночных клеток проявляется изменениями белковых пока­зателей: снижением концентрации сывороточных альбуминов и гиперглобулинемий, что приводит к снижению альбумин-глобулинового коэффициента. Осо­бенно повышается концентрация γ-глобулинов, что связывается с пролифе­рацией клеток ретикулогистиоцитарной системы и развитием аутоиммунных процессов. В период ремиссии все эти изменения становятся менее выражен­ными.

Проявлением нарушения функции печени при циррозе является снижение содержания в сыворотке крови протромбина и фибриногена, синтез которых осуществляется печеночными клетками; обычно увеличивается антитромбиновая активность плазмы, снижается ее общая коагулирующая активность. Изменение этих показателей свертывающей и противосвертывающей систем крови отражает характерную для циррозов печени наклонность к геморраги­ческому диатезу.

Для макронодулярного (постнекротического) цир­роза печени более характерны сравнительно рано возникающие признаки пече­ночной недостаточности. Наиболее выражена слабость, нередко наблюдаются явления геморрагического диатеза, значительные изменения определяются при биохимическом исследовании сыворотки крови (гипопротромбинемия, гипофибриногенемия и т. д.). Печень обычно резко не увеличена или даже умень­шена в размерах.

## Заключение: На основании жалоб больной: на постоянные ноющие интенсивные боли в правом подреберье, усиливающиеся после физической нагрузки и приеме пищи, на тяжесть в правом подреберье, на отеки нижних конечностей, на слабость; также учитывая сведения из истории заболевания: перенесенный после рождения дочери острый вирусный гепатит, и лечение больной по поводу туберкулеза правого легкого с 1969 года по 1972 год препаратами, обладающими высокой степенью гепатотоксичности (изониазид, стрептомицин и др.).

## Обращая внимание на данные объективного обследования: выявление у больной при общем осмотре субиктеричности склер, телеангиоэктазии в области лица, пастозности на нижних конечностях, при исследовании пищеварительной системы обнаружение асцита (УЗИ), пальпируемой селезенки и увеличение ее размеров; и на данные лабораторно-инструментальных исследований: признаков портальной гипертензии при УЗИ органов брюшной полости, тромбоцитопению как проявление гиперспленизма. Снижение общего белка плазмы крови, гипоальбуминемию, повышение уровня общего и прямого билирубина свидетельствующих о печеночно-клеточной недостаточности (снижение белковосинтетической и дезинтоксикационной функции печени). Ориентируясь также по данным коагулограммы, в которых снижены показатели свертываемости крови (показатели протромбина и фибриногена). О поражении печени также свидетельствует значительное повышение активности AST. А также варикозно-расширенные вены нижней трети пищевода III при проведении ЭГДС позволяет нам с определенной точностью сказать, что у больной цирроз печени вирусной этиологии с явлениями портальной гипертензии. Непродолжительный период между обострениями в развитии цирроза и явные признаки нарастания портальной гипертензии определяют, что цирроз печени активный и переходит в декомпенсирванную форму.