Паспортная часть:

Ф.И.О.:

Возраст: 22 года.

Место жительства:

Место работы, должность:

Дата поступления:

Диагноз, с которым больной был направлен в стационар:

“Вирусный гепатит”.

Клинический диагноз: “Вирусный гепатит А , HAV + Ig M”.

Жалобы: на ноющую боль и тяжесть в правом подреберье.

**Анамнез болезни.**

Считает себя больным с 16.04.97г., когда появилась слабость, головная боль, пропал аппетит, повысилась температура тела до 390 С.

В течение 4 дней температура тела не снижалась, несмотря на жаропонижающую терапию.

23.04.97г. потемнела моча, появилась боль и тяжесть в правом подреберье.

25.04.97г. больной заметил желтушность склер и кожных покровов.

26.04.97г. обратился к врачу в поликлинику по месту жительства, где на основании жалоб и осмотра был поставлен диагноз: вирусный гепатит. После обращения больной сразу направлен в инфекционную больницу им. Боткина.

За время пребывания в стационаре отмечает улучшение состояния.

Эпидемиологический анамнез.

При опросе больной отрицает контакт с инфекционными больными. В окружении больного нет больных с вирусным гепатитом.

Бытовые условия больного удовлетворительные, проживает в общежитии квартирного типа от института (ЛИТИ). Наличие грызунов в жилье отрицает.

Питание хорошее, полноценное.

Летом выезжал в Архангельскую область.

За последние 6 месяцев трансфузий крови не было, оперативные вмешательства не проводились. Введение наркотических и других лекарственных препаратов внутривенно отрицает.

Иммунологический анамнез:

Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает.

**Анамнез жизни.**

Родился в 1974 году в Архангельской области. Физическое и интеллектуальное развитие с раннего детства проходило нормально. В школу пошел с 7 лет. Окончил 10 классов, поступил в Санкт-Петербурге в железнодорожный институт, учится на 4 курсе.

Материально-бытовые условия удовлетворительные, проживает в общежитии квартирного типа. Питание регулярное и полноценное.

Вредные привычки: курит, (пачка сигарет в день), наркотические препараты не употребляет. Алкоголь употребляет только по праздникам.

Перенесенные заболевания:

В 1980г. была сделана операция по поводу пупочной грыжи.

В 1992г. аппендэктомия.

Семейный анамнез:

женат, имеет дочь.

Аллергологический анамнез:

Аллергических реакций на лекарственные вещества и пищевые продукты не отмечает. Аллергических заболеваний у родителей, сестры и детей также отрицает.

**Данные физикального обследования:**

День болезни: 15.

День пребывания в стационаре: 5

Температура тела: 36,90С

Общее состояние - средняя тяжесть. Сознание ясное, положение активное. Кожа умеренно желтушная, тургор тканей сохранен. Зуд, расчесы, телеангиоэктазии, сыпь, герпес- не наблюдается. Подкожная жировая клетчатка на уровне пупка 2 см.

Перефирические лимфатические узлы безболезненны, не увеличены. Мышцы безболезненны, тонус хороший. Кости не деформированы. Суставы обычной формы, движение в суставах в полном объеме, безболезненное.

Система органов кровообращения.

При осмотре область сердца без изменений. Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Пульса 74 удара в минуту, симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен.

При пальпации области сердца верхушечный толчок определяется в пятом межреберье 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии: протяженность 2 см удовлетворительной силы.

Границы относительной сердечной тупости: правая на 1,5 см кнутри от правого края грудины в четвертом межреберье, верхняя - находится на уровне третьего ребра между грудиной и окологрудинной линиями; левая - в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Граница сосудистого пучка во втором межреберье не выходит за пределы грудины.

Аускультация: тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено.

Артериальное давление - 120/80 мм рт.ст.

Система органов дыхания.

Грудная клетка правильной формы, симметрична. Дыхание ритмичное, неглубокое, частота дыхания - 20 мин. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична.

Дыхание носовое, выделений из носа нет. Зев не гиперемирован, миндалины не воспалены, розового цвета.

Фонация не нарушена.

Топографическая перкуссия:

Нижняя граница легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | справа | слева |
| lin. parasternalis | верхний край VI ребра | - |
| lin. medioclavicularis | нижний край VI ребра | - |
| lin. axillaris anterir | VII ребро | VII ребро |
| lin. axillaris media | VIII ребро | IX ребро |
| lin. axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| lin. scapularis | X ребро | X ребро |
| lin. paravertebralis | остистый отросток XI грудного позвонка |

Верхняя граница: спереди:

справа и слева на 4 см выше ключицы;

сзади: на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Активная подвижность легочных краев справа и слева по 7 см

Сравнительная перкуссия: над всей поверхностью грудной клетки определяется ясный легочный звук.

Аускультация:

над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

Система органов пищеварения.

Аппетит хороший, глотание не затруднено, сухости во рту нет. Слизистая полости рта бледно-розового цвета, без воспалительных явлений.

Состояние зубов и десен хорошее. Язык влажный, не обложен, розового цвета. Глотание свободное.

Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в дыхании. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

При глубокой пальпации:

1.      в левой подвздошной области определяется безболезненное, ровное, плотное эластической консистенции сигмовидная кишка;
2.      слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области безболезненна, подвижна, слегка урчит;
3.      поперечно-ободочная кишка обычной консистенции определяется на уровне пупка.

Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.

Печень: размеры по Курлову - 11,5 х 10 х 8 см. Нижний край печени уплотненный, безболезненный, выступает из-под реберной дуги на 1,5см.. Симптом Курвуазье - отрицательный. Величина дыхательной подвижности печени - 5 см.

Селезенка не пальпируется, перкуторно определяется по средней подмышечной линии между IX и XI ребрами. Симптом Рагозы - отрицательный.

Мочеполовая система.

При осмотре поясничной области видимых изменений не обнаружено. почки не пальпируются, пальпация по ходу мочеточников безболезненная. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Диурез адекватен.

Нервная система.

Сознание ясное. Сон глубокий. Головные боли не беспокоят. Менингиальные симптомы отрицательные. Функции черепно-мозговых нервов не нарушены.

**Предварительный диагноз.**

На основании жалоб больного (слабость, боли и тяжесть в правом подреберье, потемнение мочи, потеря аппетита), данных анамнеза, которые отражают типичное развитие заболевания с цикличностью: постепенное начало, наличие преджелтушного периода, протекающего по гриппоподобному типу на протяжении 7 дней с явлениями интоксикации, последующего желтушного периода (с появлением желтухи самочувствие больного не улучшилось), эпидемиологического анамнеза и результатов физикального обследования (умеренная желтушность склер и кожных покровов, увеличение печени на 1,5 см) можно поставить предварительный диагноз:

Вирусный гепатит с фекально-оральным механизмом передач ( А ).

Лабораторные данные.

Анализ мочи от 26.04.97г.

Цвет - насыщенно желтый

Удельный вес - 1020

Реакция - кислая

Билирубин - 1

Уробилин - 1

Клинический анализ крови от 26. 04. 97г

Эритроциты - 5 х 1012\ л

Гемоглобин - 159 г \ л

Цветной показатель - 0,95

Лейкоциты - 5 х 109 \ л

Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 7%

-сегментноядерные - 41%

Лимфоциты - 49%

Моноциты - 3%

СОЭ - 5 мм \ч

Биохимический анализ крови от 27.04.97г.

Билирубин общий - 71

АЛТ - 3982 нмоль \ л

тимоловая проба - 12,4

сулемовая проба - 1,4

ИФА (+) Гепатит А - HAV IgM

Реакция Вассермана - отрицательная.

Ф - 50 - отрицательная.

Анализ кала на яйца глист: отрицательный.

**Дневник.**

28.04.97г.

Жалобы на боли в правом подреберье, слабость.

Состояние средней тяжести, сознание ясное, аппетит сохранен, умеренная желтушность склер и кожных покровов.

Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень + 1,5 см.

Температура тела 36,8 С

Лечение:

- режим постельный;

- диета № 5

- обильное питье минеральной воды

- внутривенно капельно:

 Sol. Natrii chloridi 0,9% - 500,0

 Sol. Papaverini 2% - 2,0

-при болях в правом подреберье:

 Tab. Papaverini 0,04 x 2 раза в день.

- витамины “Ревит”

29.04.97г.

Жалоб нет.

Состояние средней тяжести, желтуха не угасает (умеренная желтушность склер и кожных покровов. Сон спокойный).

Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5см. Температура тела 36,8 0С.

Лечение:

- режим постельный;

- диета № 5

- обильное питье минеральной воды

- внутривенно капельно:

 Sol. Hemodesi 200,0

- витамины “Ревит” по 2 драже 2 раза в сутки

**Дифференциальный диагноз**

1. с лептоспирозом.

2.с псевдотуберкулезом.

|  |
| --- |
| Диф.диагностика вирусного гепатита с псевдотуберкулезом.. |
| Критерии | Вирусный гепатит А | Лептоспироз |
| И.П | 40-50 дней | от 4 до 14 дней |
| Начало заболевания, развитие его, характеристика лихорадки. | в преджелтушном периоде температура тела повышается до 39 С и в течение 4 дней не снижалась | заболевание начинается внезапно, сильный озноб, температура повышается до 40 С и держится до 10 дней, могут быть повторные волны |
| Жалобы. | головная боль, боль и тяжесть в правом подреберье, диспепсических расстройств нет | резкая головная боль, мышечная боль, в особенности в икроножных мышцах |
| Кожные покровы. | умеренная желтуха склер и кожных покровов | легкая одутловатость лица, гиперемия склер и конъюктивы, иногда геморрагические высыпания |
| Органы брюшной полости. | Печень увеличена на 1,5 см | умеренное увеличение печени и селезенки |
| Биохимические данные. | билирубин повышается до 100, АЛТ повышается в 15-20 раз, тимоловая проба повышается до 15-20 ЕД, сулемовая проба снижается до 2 ЕД. | Билирубин повышается незначительно, АЛТ повышается или может быть в норме, повышается мочевина и креатинин  |
|  Диф.диагностика вирусного гепатита с псевдотуберкулезом.. |
| Критерии. | Вирусный гепатит А. | Псевдотуберкулез. |
| И.П. | 40-50 дней | от 3 до 21 дня |
| Начало заболевания, развитие его, характеристика лихорадки. | в преджелтушном периоде температура тела повышается до 39 С и в течение 4 дней не снижалась | температура тела редко повышается до 38 С, нормализуется в течение 5 дней |
| Жалобы | головная боль, боль и тяжесть в правом подреберье, диспепсических расстройств нет | слабость, головная боль, боли в мышцах и суставах, боли в правой половине живота. диарея, тошнота, рвота, могут быть симптомы катара верхних дыхательных путей |
| Кожныепокровы | умеренная желтуха склер и кожных покровов | отечность и гиперемия кожи лица, шеи, ладоней и подошвенной поверхности стоп; сыпь точечная, скарлатинозная, цвет от бледно-розового до ярко красного, сыпь держится до 7 дней и исчезает бесследно. |
| Органы брюшной полости | Печень увеличена на 1,5 см | увеличение печени и селезенки |
| Биохимические данные | билирубин повышается до 100, АЛТ повышается в 15-20 раз, тимоловая проба повышается до 15-20 ЕД, сулемовая проба снижается до 2 ЕД. | билирубин в норме или повышен в 2-3 раза, АЛТ повышается в 2-3 раза, тимоловая, сулемовая пробы в норме  |

**Окончательный диагноз.**

На основании жалоб больного (слабость, боли и тяжесть в правом подреберье, потемнение мочи, потеря аппетита), данных анамнеза, которые отражают типичное развитие заболевания с цикличностью: постепенное начало, наличие преджелтушного периода, протекающего по гриппоподобному типу на протяжении 7 дней с явлениями интоксикации, последующего желтушного периода (с появлением желтухи самочувствие больного не улучшилось), эпидемиологического анамнеза и результатов физикального обследования (умеренная желтушность склер и кожных покровов, увеличение печени на 1,5см) и данных лабораторного обследования (биохимический анализ крови: билирубин повышен до 71; АЛТ - 3982 нмоль\л; тимоловая проба повышена до 12,4; сулемовая проба снижена до 1,4; анализ мочи: цвет насыщенно желтый, в моче обнаружен билирубин 1, уробилин 1) ставим окончательный диагноз:

“Вирусный гепатит А, HAV + Ig M”, средней степени тяжести.

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: нет.

Прогноз и его обоснование.

В данном случае благоприятный, т.к. больной молодого возраста, не имеющий сопутствующих заболеваний, проживающий в нормальных условиях.

После выписки желательно соблюдать личную гигиену и диету.

Необходимо наблюдение в поликлинике по месту жительства в течение 3 месяцев.

**Эпикриз:**

Больной Н, 22 года, поступил на 10 день болезни, второй день желтухи с диагнозом: вирусный гепатит в состоянии средней тяжести.

Клинический диагноз: вирусный гепатит А, HAV + Ig M подтвержден эпидемиологически, лабораторно (билирубин повышен до 71; АЛТ - 3982 нмоль\л; тимоловая проба повышена до 12,4; сулемовая проба снижена до 1,4; анализ мочи: цвет насыщенно желтый, в моче обнаружен билирубин 1, уробилин 1).

Заболевание протекало циклически в форме средней тяжести, без осложнений. Была отчетлива интоксикация в преджелтушном периоде, с 10 дня болезни появилась умеренная желтуха склер и кожных покровов, печень увеличена на 1,5 см, уплотнена. С 15 дня заболевания улучшение общего состояния, исчезли симптомы интоксикации.

Помимо базисной терапии больной получал внутривенные капельные вливания:

1.  Sol. Natrii chloridi 0,9% - 500,0
2.  Sol. Papaverini 2% - 2,0
3.  Sol. Hemodesi 200,0

Больной нуждается в стационарном лечении.

Литература:

1. “Справочник терапевтического врача”. Т.1 Виноградов

2. “Инфекционные болезни “ Е.П.Шувалов.

3. Конспекты лекций и практических занятий.