##### Паспортные данные

1. ФИО
2. 31 год
3. Пол женский
4. Адрес
5. Место работы: не работает
6. Профессия: техник-технолог
7. Поступила 01.02.01

Направлена ГБ№15 с диагнозом: вирусный гепатит, желтушная форма.

###### Жалобы

Больная жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, отсутствие аппетита, головные боли.

###### Анамнез заболевания

Заболела 23 января, когда появилось повышение температуры до 38, головные боли, общая слабость, снижение аппетита. 26 января состояние ухудшилось (перестала подниматься с постели из-за боли в мышцах и суставах, повысилась температура). 27 января больная обратила внимание на желтушность кожных покровов и склер, потемнение мочи.

31 января обратила внимание на посветление кала. 1 февраля обратилась к врачу и была направлена в стационар.

###### Эпидемиологический анамнез

Контакт с инфекционными больными отрицает. Случаев заболевания среди окружающих больного дома не установлено. Ранее вирусным гепатитом не болела. Образ и условия жизни больной удовлетворительные (не проживает эпидемически неблагоприятной местности; грызунов дома нет). Соблюдает правила личной гигиены. Питается в основном дома, но в течении нескольких месяцев употребляла пирожки, купленные на базаре. Водоснабжение центральное. Парентеральных вмешательств, трансфузий крови, оперативных вмешательств, а также посещений стоматолога за последние 6 месяцев не было. Употребление наркотиков отрицает. Туберкулез, вен. заболевания, малярию, кишечные заболевания отрицает. Перенесенные раньше инфекционные заболевания – детские инфекции.

###### Анамнез жизни

Родилась в г. Днепропетровске в 1969 г. В школу пошла в 7 лет. В умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. После школы поступила и закончила техникум. Образование среднее специальное. Не замужем. Детей нет. Мать и отец здоровы.

Материально-бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное, полноценное.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет, употребление наркотиков отрицает.

Перенесенные заболевания и операции: в детстве – грипп, ОРВИ, детские инфекционные болезни.

Аллергический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов и бытовых веществ отрицает. Аллергических заболеваний у родителей нет.

###### Объективные данные

День болезни: 13й день болезни.

День пребывания в стационаре: 5й.

Состояние больной средней тяжести. Положение активное. Телосложение правильное, деформаций скелета нет. Рост 165 см, вес 63 кг. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно.

Кожные покровы и склеры интенсивно иктеричны. Язык влажный, обложен белесоватым налетом.

Костно-мышечная система.

Общее развитие мышечной системы хорошее, болезненности при ощупывании мышц нет. Деформаций костей, болезненности при ощупывании суставов нет. Суставы обычной конфигурации. Активная и пассивная подвижность в полном объеме. Форма черепа мезоцефалическая. Форма грудной клетки правильная.

Лимфатические узлы: затылочные, передние и задние шейные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные, не пальпируются.

Щитовидная железа не увеличена, мягко эластичной консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

Сердечно-сосудистая система

Пульс 72 ударов в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения, одинаковый на правой и левой руке. АД 120/90 мм рт.ст.

Верхушечный толчок по среднеключичной линии в пятом межреберье, разлитой, увеличенной протяженности(около 3,5 см).

Перкуссия сердца: граница относительной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | На 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье  |
| верхняя | В 3-м межреберье по l.parasternalis |
| левая | По среднеключичной линин в 5 межреберье |

Перкуторные границы абсолютной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | У левого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя | На 4 ребре по левому краю грудины |
| левая | На 1 см кнутри от среднеключичной линии |

Аускультация сердца: тоны ясные, ритмичные. При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

Система органов дыхания

Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. ЧД 16 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, голосовое дрожание неизмененное.

Перкуссия легких: при сравнительной перуссии легких над всей поверхностью определяется ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Справа | Слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaries anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l.axillaries media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaries posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l.scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l.paravertebralis | На уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | На уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

 Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Слева | Справа |
| Спереди | 5 см | 5 см  |
| сзади | На уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | На уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Подвижность легочных краев:

|  |  |
| --- | --- |
| Справа | 7 см |
| слева | 7 см |

Аускультация легких: дыхание везикулярное, хрипов нет.

Система органов пищеварения

Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, мягкого и твердого неба влажная, розовая. Язык влажный, обложен белым налетом.

Живот симметричен, мягкий, безболезненный, брюшная стенка не участвует в акте дыхания.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

Печень: верхняя граница по 6 ребру, нижняя граница +1,0+2,0+3,0 ниже края реберной дуги, средней плотности, край закруглен. Селезенка +0,5 ниже края реберной дуги.

Мочеиспускание в норме. Моча насыщенная. Стул 1 раз в сутки, оформлен, кал ахоличен.

Мочевыделительная система.

Почки и область проекции мочеточников не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Нервная система.

Сознание ясное, речь внятная. Больная ориентирована на месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы без патологии.

**Предварительный диагноз.**

На основании жалоб больной на общую слабость, быструю утомляемость, головные боли; на основании данных анамнеза заболевания: заболевание характеризуется цикличностью и периодизацией – начало острое, преджелтушный период протекал по типу артралгического и астено-вегетативного варианта (общая слабость, головные боли, боли в мышцах и суставах), через 4 дня после начала заболевания отмечает появление темной мочи и желтухи; на основании эпидемиологического анамнеза: в течении нескольких месяцев употребляла пирожки, купленные на базаре; на основании данных объективного исследования: кожа и склеры иктеричны, увеличение печени – выходит на 3 см из под края реберной дуги, край плотный, закруглен; можно поставить предварительный диагноз вирусный гепатит А.

##### Дифференциальный диагноз

Симптомокомплекс у данной больной позволяет поставить диагноз вирусного гепатита А с фекально-оральным механизмом передачи. Однако некоторые из симптомов при этом симптомокомплексе встречаются и при других заболеваниях, что требует дифференциальной диагностики. Таким образом необходимо дифференцировать заболевание у больной с желтушной формой лептоспироза, гемолитической желтухой.

При вирусном гепатите и желтушной форме лептоспироза, выявляется желтуха, болезненная увеличенная печень, высокая билирубинемия. Для лептоспироза также важны данные эпиданамнеза: купание в загрязненных водоемах, контакт с животными примерно 30 дней до заболевания, что больная отрицает. Также различны и преджелтушные периоды у этих заболеваний. При лептоспирозе токсические проявления выражены ярче и имеют особенности: больные жалуются на высокую температуру тела, сильную головную боль, большую слабость; очень характерны миалгии ( для лептоспироза вообще характерен полимиалгический синдром ), особенно икроножных мышц; температура держится весь преджелтушный период, при этом могут выявляться герпетические высыпания, полиморфная сыпь, увеличение лимфатических узлов. Этих симптомов у нашей больной не выявлено. При гепатите А, астено-вегетативной преджелтушного периода ( у нашей больной ) наблюдаются жалобы на головные боли, общую слабость, боли в мышцах и суставах. Также как и при лептоспирозе с возникновением желтухи симптомы интоксикации уменьшаются. Но при лептоспирозе в желтушном периоде могут быть выявлены геморрагический синдром и поражение почек ( анурию, болезненность в поясничной области, протеинурию, азотемию ), чего нет у нашей больной. Окончательно отдифферецировать эти заболевания позволяют лабораторные методы.

При дифферинциальной диагностике с гемолитической желтухой необходимо иметь в виду, что гемолитическая желтуха появляется при гемолитических анемиях, различных интоксикациях, гемотрансфузиях. Она характеризуется длительным волнообразным течением, нередко – с детства. У больного будут признаки анемии – выраженная слабость, бледность, тахикардия, а также значительное увеличение селезенки. Печень нормальных размеров, желтуха выражена слабо. Моча светлая или окрашена уробилином в красный цвет, билирубин в ней не определяется. Кал темно-коричневый

(гиперхолия). У нашей больной эти симптомы отсутствуют. Из этого следует, что гемолитическую желтуху можно исключить.

##### План обследования

1. Клинический анализ крови. Возможно выявление симптомов характерных для вирусного поражения, то есть лейкопении, лимфоцитоз, может быть увеличение моноцитов, ускоренная СОЭ.

2. Биохимический анализ крови. Количество общего белка (белково-синтетическая функция печени), белковых фракций, показатели белковых осадочных проб, активности аминотрансфераз (АСТ, АЛТ, ЛДГ). Общий билирубин. Уровень протромбина.

3. Анализ мочи. Возможно нахождение уробилина, желчных пигментов.

4. Анализ кала на яйца глистов.

5.Вирусологическое исследование. ИФА для выявления HAV IgM, HEV IgM, HBsAg, HCV At, HDV At.

6. УЗИ органов брюшной полости. Исключить воспалительные процессы в органах брюшной полости.

##### Данные лабораторных исследований

1. Общий анализ крови от 1.02

Эритроциты – 4,3х10\*12/л

Hb – 146 г/л

Лейкоциты – 6х10\*9/л

Палочкоядерные – 2%

Сегментоядерные – 49%

Лимфоцитов –18%

Моноцитов – 12%

СОЭ – 3 мм/ч

В периферической крови выявляется лейкопения, обусловленная вирусным

поражением организма, и умеренный моноцитоз, который может наблюдаться при вирусном гепатите.

1. Биохимический анализ крови от 1.02

Общий белок 66,3 г/л

Альбумины 49,3 %

Глобулины : а1 –6,0%, а2 –7,1%, b –10,8%, y –27,0%

Тимоловая проба 11,6 ВСЕ

Сулемовая проба 1,5

АлАТ 1012 ЕД/л

Билирубин общ. 119 мкмоль/л

Протромбиновый индекс 64%

Фибриноген 2,9 г/л

Выявляются гиподиспротеинемия с преобладанием гамма-глобулинов, повышение активности АлАТ, снижение сулемовой пробы и повышение тимоловой пробы, гипербилирубинемия, снижение протромбинового индекса.

1. Анализ мочи от 2.02

Цвет насыщено-желтый Белок 0

Прозрачность прозрачная Сахар 0

Реакция кислая Уробилиноиды 2

Уд. вес 1026 Билирубин 2

Лейкоциты 3-4 в поле зрения

Эпителий плоский 0-1 в поле зрения

Изменения в моче обусловлены гипербилирубинемией и поражением печени.

1. Серологическое исследование

Геп. А – HAV IgM (+) положительный

Геп. С – HCV диаплюс (-) отрицательный

Геп. В – HBsAg (-) отрицательный

Нахождение HAV IgM подтверждает диагноз вирусного гепатита А.

##### Клинический диагноз и его обоснование.

На основании жалоб больной на общую слабость, головную боль, боли в мышцах и суставах; на основании данных анамнеза заболевания: заболевание характеризуется цикличностью и периодизацией – начало острое, преджелтушный период протекал по типу артралгического и астено-вегетативного варианта, через 4 дня после начала заболевания отмечает появление темной мочи и желтухи; на основании эпиданамнеза: в течении нескольких месяцев употребляла пирожки, купленные на базаре; на основании данных объективного исследования: иктеричность кожи и склер, увеличении печени – выходит на 3 см из под края реберной дуги; на основании данных лабораторных исследований: повышение билирубина в крови, повышение активности индикаторных ферментов печени, снижение протромбинового индекса, обнаружение HAV IgM в крови можно поставить диагноз

Вирусный гепатит А, желтушная форма.

##### Лечение.

Постельный режим.

Диета №5

Дезинтоксикационная терапия: обеспечивает субстратное пополнение энергозатрат.

Rp: Sol. Glucosi 5% 50,0

D.t.d.N. 6 in amp.

S. Для внутривенных вливаний.

Витаминотерапия: регулирование окислительно-востановительный процесс, углеводный обмен, регенерации тканей, липидный обмен, нормальное функционирование периферической нервной системы и ЦНС.

 Rp: Sol. Pyridoxini 5% 1,0

D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно 2 раза в день.

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% 1,0

D.t.d.N. 20 in amp.

S. по 1 мл в/м 2 раза в день.

Иммунокоррегирующая терапия: стимуляция эндогенных иммунных систем организма, активация образования интерферонов.

Rp: Sol. Prodigiosani 0,005% 1,0

D.t.d.N. 6 in amp.

S. В/м 0,5-0,6 мл 1 раз в 4-7 дней.

Ферментные препараты: улучшение функционального состояния ЖКТ, нормализация процесса пищеварения.

Rp: Dragee “Festal” N 50

D.S. 1-2 драже до или после еды с небольшим количеством жидкости.

Гепатопротекторы: нормализация функции печени, стимуляция регенерации клеток печени, преобразование нейтральных жиров и холестерина в формы, облегчающие их метаболизм.

Rp: Caps. “Essentiale” N 50

D.S. 2 капсулы 3 раза в день.

Глюкокортикоиды: противовоспалительное, иммуносупрессивное и антиэксудативное действие.

Rp: Tab. Prednisoloni 0,001 N 20

D.S. По 2 таблетке 4 раза в день.

##### Дневник.

|  |  |
| --- | --- |
| 6.02t – 36,5ЧД – 18ЧСС – 72АД 120/80 | Жалобы на общую слабость, быструю утомляемость. Состояние средней тяжести. Кожа и склеры иктеричны. Язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени на 3 см ниже края реберной дуги. Селезенка +0,5 см. Стул 1 раз в сутки, кал окрашен, диурез не нарушен. Лечение по листу назначения  |
| 7.02t – 36,8ЧД – 16ЧСС – 76АД 120/80 | Жалобы на головную боль, общую слабость. Состояние средней тяжести. Кожа и склеры иктеричны. Язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени на 3 см ниже края реберной дуги. Селезенка +0,5 см. Стул 1 раз в сутки, кал окрашен, диурез не нарушен. Лечение по листу назначения. |

##### Прогноз.

Прогноз в отношении жизни благоприятный, так как у больной средне-тяжелая форма гепатита А, под воз действием терапевтических мер симптомы интоксикации сняты, клинико-морфологические показатели нормализуются. Прогноз относительно выздоровления благоприятный, так как гепатит А практически никогда не переходит в хроническую форму, все воспалительные изменения в ткани печени регрессирут при правильной терапии, диете и соблюдении режима. Прогноз в отношении работоспособности благоприятный.

##### Использованная литература.

1. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней, 1980 г
2. Справочник практического врача, под редакцией Воробьева. Медицина, 1990 г.
3. Лекции по инфекционным болезням: гепатиты, лептоспироз. 2001 г.
4. Машковский М.Д. Лекарственные средства, часть 1 и 2. М. Медицина, 1987 г.

Температурная кривая