Паспортная часть

Дата поступления в стационар: 21.10.12.

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

Возраст 33 года(27.03.1979)

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении: вирусный гепатит неуточненный.

Клинический диагноз: (30/10 ) вирусный гепатит А, средней тяжести.

Осложнения:-

Сопутствующие: -

Жалобы на момент курации(02.11): жалоб не предъявляет

Анамнез настоящего заболевания

Пациентка считает себя больной около трех недель, когда впервые появились симптомы заболевания. С 17.10.12 : появились головная боль, головокружение, слабость, недомогание, потливость, тошнота. 19.10.12 те же симптомы сохранились, вечером появилась рвота (однократная). 20.10.12 вышеперечисленные симптомы прекратились , кроме тошноты, появилась желтушность склер, потемнение мочи (чайного цвета), кашицеобразный стул белого цвета (ночью 4 раза с интервалом в 1 час). Самостоятельно приняла лоперамид (2 мг 2 раза), самочувствие не улучшилось. Вызвала СМП. Доставлена по экстренным показаниям в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в 12/45 с жалобами на тошноту ,учащенный кашицеобразный стул, потемнение мочи, появление желтушности склер.

В стационаре с 21.10.12 по 05.11.12 было проведено лечение, в связи с чем состояние пациентки улучшилось. Прекратились тошнота и рвота, нормализовался сул ( с 25.10.12 оформленный), изменился цвет мочи ( с 26.10.12 светло-желтого цвета). Улучшилсь биохимические показатели крови( на 22.10.12 билирубин общ. 112.0 Мкм/л, прямой 75,0Мкм/л, тимоловая проба 14,7, АсАТ 892,0 Ед/л, АлАТ 2500 Е/л; на 31.10.12 билирубин общ.25,1 , прямой 7,63, АсАТ 55,1 , АлАТ 207,0).

С 21.10.12 по 26.10.12 состояние пациентки средней тяжести, с 27.10.12 удовлетворительное.

Эпидемиологический анамнез

Пациентка свое заболевание связывает с отдыхом в Египте, вернулась в сентябре. В Египте однократно пила воду из-под крана. Контакт с желтушными больными не имела. Операций в последние 5 лет не было.

Наркотические средства не употребляет

Утверждает, что во время половых актов предохраняется. У родственников подобной симптоматики не наблюдается.

Анамнез жизни

Родилась 6-м ребенком в семье. Росла и развивалась нормально. Окончила среднюю школу, получила среднее специальное образование.

Начало трудовой деятельности- с 21 года.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. Живет в 2-х комнатной квартире. Питание регулярное. Не курит с 30-го возраста. Алкоголь употребляет в небольших количествах только по торжественным датам. Отмечает из перенесённых заболеваний ОРВИ, острый цистит (3 года назад). Туберкулез, онкологические заболевания у себя и родственников отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии не производилось.

Настоящее состояние больного

 Общее состояние больного: удовлетворительное.

Сознание: ясное.

Положение пациента: активное.

Тип телосложения: нормостенический.

Рост 166 см

Вес 86 кг

Подкожная жировая клетчатка

Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно. Патологического локального скопления жира не найдено.

Кожа и видимые слизистые оболочки

Кожный покров бледно-розового цвета, чистые. Тургор сохранен, эластичная. Патологических элементов не найдено. Рубцов нет. Усиления кожного рисунка, извилистости и расширения поверхностных вен не отмечено. Слизистые оболочки конъюнктив слегка гиперемированы. Склеры иктеричны.

Лимфатические узлы

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

Мышечная система

Мышцы конечностей и туловища развиты хорошо, тонус и сила нормальные, болезненности нет. Участков гипотонии, парезов и параличей не обнаружено.

 Костный аппарат

Костная система сформирована правильно. Деформаций черепа, грудной клетки, таза и трубчатых костей нет. Плоскостопия нет. Осанка правильная. Пальпация костей безболезненная.

Суставы

Суставы не увеличены, не имеют ограничений пассивных и активных движений, болезненности при движениях, хруста, изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих мягких тканей.

Органы дыхания и грудная клетка

 Нос правильной формы. Дыхательные пути проходимы, патологического секрета нет. Грудная клетка нормостеничной конфигурации, ключицы расположены на одном уровне. Надключичные и подключичные ямки выражены заметно, расположены на одном уровне, при дыхании не изменяют своих форм. Лопатки симметричны, двигаются синхронно в такт дыхания. Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное - 17 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное по всем линиям. Правая и левая половины грудной клетки двигаются синхронно. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Сердечно-сосудистая система

Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота-69 пульсовых волны в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет.

Тоны сердца приглушены,ритмичны,ЧСС69 в мин, Ад 110/70 мм рт. ст

Желудочно-кишечный тракт

Слизистая полсти рта без особенностей, розового цвета. Язык влажный, без налета. Глотание свободное.

Живот

Живот нормальной формы. Жидкость в брюшной полости методом флюктуации не определяется. Признаков расстройства портального кровотока, тромбоза и сдавления vv. cavaesuperioretinferior в виде головы медузы и усиления сосудистой сети на брюшной стенке не обнаружено. Грыжевых выпячиваний в области пупка, паховых областях, в области белой линии живота нет. Признаков метеоризма, видимой перистальтики, грелочных пигментаций во время исследования не обнаружено. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный.

При поверхностной пальпации болезненности нет.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Печень не пальпируется.

Перкуссия печени:

- По правой передней подмышечной линии верхняя граница верхн. край 7 ребра; нижняя граница верхний край 10 ребра; размер 12,5 см.

- По правой среднеключичной линии нижний край 6 ребра; край реберной дуги; 11см.

- По правой окологрудинной линии нижний край 6 ребра; 1,5 см ниже реберной дуги; 10 см.

- По срединной линии -; на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком; -.

- По левой окологрудинной линии -; край реберной дуги.

Размеры печени по Курлову:

Правая срединно-ключичная линия – 11 см

Передняя срединная линия- 8, 5см

 Косой размер- 7, 5 см.

Мочеполовая система

Мочеиспускание произвольное, безболезненное,3-4 раза в сутки .Боли в области поясницы отсутствуют.Симптом Пастернацкого отрицателен. Окраска мочи соломенно- желтого цвета.

Нервная система

 Асимметрии лица, сглаженности носогубной складки, отклонения языка в сторону нет. Зрачки синхронно двигаются, реакция на свет и аккомодацию одинаковая, нормальная. Движения координированные, уверенные. Патологических рефлексов не выявлено, сухожильные рефлексы без особенностей. Болевая, тактильная и термическая чувствительность сохранена. В позе Ромберга устойчива. Общего тремора пальцев вытянутых рук нет.

Обоснование предположительного диагноза.

Основываясь на данных жалоб пациентки при поступлении на тошноту ,учащенный кашицеобразный стул, потемнение мочи, появление желтушности склер и учитывая данные истории заболевания: продромального периода (головная боль, головокружение, слабость, недомогание, потливость, тошнота в первые 3 дня) , изменение цвета мочи ( потемнение до чайного цвета), ахолии кала спустя 4 суток с начала заболевания. На основании эпиданамнеза: Отдых в Египте месяц назад, употребление там воды из-под крана. Объективного исследования: увеличение верхних границ печени при перкуссии можно предположить диагноз : вирусный гепатит, неуточненный.

План обследования:

1. ОАК
2. ОАМ
3. анализ кала на я/гл
4. БАК: содержание билирубина, холестерина, мочевины, креатинина, общего белка, белковых фракций, аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, глюкозы, гамма- глютамилтранспептидазы, тимоловая, сулемовая пробы.
5. УЗИ печени
6. ЭКГ
7. Маркеры вирусного гепатита:

HBsAg aHCV

HBeAg aHAV

aHBs aHDV

aHBe

aHBc

ВГА-АТ/ IgM

1. Исследование крови на RW
2. Исследование крови на протромбин

План лечения

- Стол №П с добавлением углеводов и уменьшением количества жиров

- Режим палатный

- Инфузионная терапия: р-р Глюкозы 5%-500,0(60 кап в мин.), KCl 4%-20,0, физ. р-р 0,9%- 400,0, трисоль 400,0.Всего 1300мл.

- Обильное питье 2,0 л в сутки

- Урсосан 0.25 по 4 капс. 1 раз в сутки

Данные лабораторных, инструментальных и специальных методов исследования

1. Результаты лабораторных исследований:
2. **Общий анализ крови (22.10.2012г)**
Эритроциты- 4,61х10^12/л
Hb- 152 г/л
Цвет.показатель- 0,93

Лейкоциты- 5,1х10^9/л
палочкоядерные- 1%
 сегментоядерные- 58%

Лимфоцитов- 27%
 Моноцитов- 12%

 Эозинофилы – 2%

CОЭ- 18мм/ч

Заключение: повышение уровня гемоглабина, СОЭ

**Общий анализ крови (31.10.2012г)**
Эритроциты- 3,96х10^12/л
Hb- 126 г/л
Цвет.показатель- 0,93

Лейкоциты- 5,2х10^9/л
палочкоядерные- 1%
 сегментоядерные- 55%

Лимфоцитов- 35%
 Моноцитов- 6%

Тромбоциты 356, 4

 Эозинофилы – 2%

CОЭ- 15мм/ч

Заключение: тромбоцитоз

**2.Анализ мочи общий (22.10.2012г)**Цвет: темно-желтый
Прозрачность: прозрачная

Реакция: кислая

Отн плотность: 1020

Глюкоза: нет

 Белок: нет
Лейкоциты 2-3 в поле зрения
Эпителий плоский 2-3 в поле зрения
Заключение: результат в пределах нормы

3**Анализ крови на RW отрицательный.**

**3.Биохимический анализ крови(22.10.12)**

Белок 70,3 г/л

Белковые фракции: альбумины 53%. ,глобулины 47%, гамма-фракция 25%

Билирубин общий 112мкм/л

Билирубин прямой 75 мкм/л

АЛАТ 2500,о ед/л

АСАТ 890,0 ед/л

ЩФ 193,1 ед/л

Мочевина 2,17 Мм/л

Тимоловая проба 14,7ед

Заключение: синдром цитолиза(повышенное содержание АлАТ), мезенхимального воспаления( повышение тимоловой пробы), холестаза (повышение билирубина, ЩФ).

**Биохимический анализ крови(31.10.12)**

Белок 70,3 г/л

Билирубин общий 25,1мкм/л

Билирубин прямой 7,63 мкм/л

АЛАТ 207,3 ед/л

АСАТ 55,0 ед/л

ЩФ 101,1 ед/л

Мочевина 2,17 Мм/л

Тимоловая проба 18,5ед

Гамма-ГТП 97,7 Ед/л

Заключение: синдром цитолиза(повышенное содержание АлАТ,АсАТ), мезенхимального воспаления( повышение тимоловой пробы), холестаза (повышение билирубина, ЩФ).

**Маркеры вирусного гепатита**

ИФА ВГА-АТ/ IgM\_положительный

HBsAg – (22/10/12)

antiHCV – (22\10\12)

**Анализ крови на протромбин: (24.10.12**)

1,05 ( норма 0,8- 1,0%)

**Анализ крови на RW – (22/10/12)**

**Анализ кала на я/гл –**

**УЗИ печени: повышенная эхогенность (25.10.12)**

Заключение: диффузное изменение печени

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ

|  |  |
| --- | --- |
| 02.11.2012 гt 36,90СPs 69 уд. В минутуЧД 17 в минуту | Состояние удовлетворительноеЖалобы не предъявляет.В лёгких дыхание везикулярное. Хрипов нет.Cor: тоны приглушены, ритмичные.Язык влажный, чистый.Живот мягкий, безболезненный, доступен для глубокой пальпации. Аппетит снижен.Стул был утром 1 раз оформленный.Мочеиспускание свободное, безболезненное. |
| 05.11.2012 гt36,70CPs 65 уд. в минутуЧД 18 в минуту | Состояние удовлетворительное Жалоб нетВ лёгких дыхание везикулярное. Хрипов нет.Cor: тоны приглушены, ритмичные.Язык влажный, чистый.Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Лимфатические узлы доступные пальпации не пальпируются.Аппетит удовлетворительный.Стулбыл в норме , оформленный.Мочеиспускание свободное, безболезненное.Динамика состояния положительная.Назначено: стол П, режим палатный, Урсосан 4к 1 раз в сутки. |

**Обоснование клинического диагноза**

На основании жалоб пациентки при поступлении на тошноту ,учащенный кашицеобразный стул, потемнение мочи, появление желтушности склер.

Учитывая предварительный диагноз: продромальный период (головная боль, головокружение, слабость, недомогание, потливость, тошнота в первые 3 дня) , изменение цвета мочи ( потемнение до чайного цвета), ахолии кала спустя 4 суток с начала заболевания. На основании эпиданамнеза: отдых в Египте месяц назад, употребление там воды из-под крана. На основании бъективного исследования: увеличение верхних границ печени при перкуссии. Биохимического анализа крови: синдром цитолиза(повышенное содержание АлАТ,АсАТ), мезенхимального воспаления( повышение тимоловой пробы), холестаза (повышение билирубина, ЩФ). Анализа на маркеры вирусного гепатита: ИФА ВГА-АТ/ IgM\_положительный можно выставить окончательный клинический диагноз:

Вирусный гепатит А, средней степени тяжести.

Эпикриз

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ поступила в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 21.10.12 в 12/45 с жалобами на тошноту и учащенный кашицеобразный стул, потемнение мочи, появление желтушности склер. Из эпидемиологического анамнеза стало ясно, что после возвращения из Египта прошел 1 месяц, когда впервые появились первые симптомы заболевания. 17.10.12 : появились головная боль, головокружение, слабость, недомогание, потливость, тошнота. 19.10.12 те же симптомы сохранились, вечером появилась рвота (однократная). 20.10.12 вышеперечисленные симптомы прекратились , кроме тошноты, появилась желтушность склер, потемнение мочи (чайного цвета), кашицеобразный стул белого цвета (ночью 4 раза с интервалом в 1 час).

Из объективного исследования выяснилось, что имеется иктеричность склер, увеличение верхних границ печени при перкуссии. 22.10.12 были произведены биохимический анализ крови с заключением: синдром цитолиза(повышенное содержание АлАТ), мезенхимального воспаления ( повышение тимоловой пробы), холестаза (повышение билирубина, ЩФ) и выявлены маркеры вирусного гепатита: ВГА-АТ/ IgM\_положительный

HBsAg –

antiHCV –

Был выставлен диагноз: предположительно вирусный гепатит,неуточненный.

Было назначено:

 - Стол №П с добавлением углеводов и уменьшением количества жиров

- Режим палатный

- Инфузионная терапия: р-р Глюкозы 5%-500,0(60 кап в мин.), KCl 4%-20,0, физ. р-р 0,9%- 400,0, трисоль 400,0.Всего 1300мл.

- Обильное питье 2,0 л в сутки

- Урсосан 0.25 по 4 капс. 1 раз в сутки

Наблюдалась положительная динамика. Выписана из стационара 06.10.12.