**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

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

2. Пол: женский

3. Возраст: 62 года (10.07.1951г.)

4. Постоянное место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Место работы, профессия: пенсионерка

6. Дата и время поступления в стационар: 16.09.2013г. в 11:30

7. Дата выписки из стационара: ―

8. Кем направлен больной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Диагноз направившего учреждения: Гепатит неуточненной этиологии.

10 Диагноз при поступлении: Гепатит неуточненной этиологии.

**ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА**

При поступлении больная предъявляла жалобы на слабость, тяжесть в правом подреберье, желтушность склер и кожи, на потемнение мочи и осветление кала, снижение аппетита.

На момент курации больная не предъявляет жалоб.

АНАМНЕЗЗАБОЛЕВАНИЯ (anamnesis morbi)

За 2 недели до обращения к врачу больная почувствовала тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита. Появилась желтушность склер и кожи, потемнение мочи и осветление кала. В связи с этим обратилась в УЗ «ВОДЦ». После обследования была направлена на госпитализацию в УЗ «ВОКИБ» с предварительным диагнозом: «Гепатит неуточненной этиологии». За время пребывания в стационаре самочувствие больной улучшилось: чувство тяжести в правом подреберье исчезло, снизилась желтушность кожи и склер, изменился цвет мочи(до обычного) и отмечается потемнение кала, появился аппетит.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

В контакте с инфекционными больными не находилась. Живет в квартире с коммунальными услугами, питается регулярно, домашних животных нет.. Гемотрансфузии отрицает. Случайных половых контактов не было. За месяц до госпитализации производилась блокада локтевого сустава.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (anamnesis vitae)**

Не курит. Алкоголь употребляет умеренно, нерегулярно. Питание сбалансированное, регулярное. Жилищные и санитарно-гигиенические условия соответствуют норме.

 Перенесенные заболевания: простудные заболевания, ветряная оспа. Туберкулез, венерические заболевания отрицает. Аллергию на лекарственные вещества и пищевые продукты отрицает.

Сопутствующие заболевания: ―

Перенесенные операции: Аппендэктомия в 1991г., ампутация правой конечности в 1989г. Гемотрансфузии отрицает. Наследственный анамнез не отягощен.

**НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО**

**Общий осмотр**

**Общее состояние:** удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное.

**Телосложение:** нормостеническое, осанка не нарушена, рост 165 см, вес 64 кг.

**Кожа:** желтоватого цвета. Влажность кожи нормальная. Эластичная. Не имеет очаговых пигментаций, высыпаний, кровоизлияний, шелушения, рубцов – нет.

**Видимые слизистые оболочки:** Бледно-розового цвета. Без высыпаний, кровоизлияний, петехий, изъязвлений.

**Оволосение:** умеренное, по женскому типу, выпадения волос, ломкости не отмечается.

**Ногти:** правильной формы – овальные, с ровной поверхностью, прозрачные. Наличие исчерченности, ломкости, матовости ногтей не наблюдается.

**Подкожная жировая клетчатка:** развита удовлетворительно, распределена равномерно. Толщина подкожной жировой клетчатки на животе 1см, на груди, спине, конечностях и лице 0,5см. Тургор тканей в норме.

**Отёков** нет.

**Периферические лимфатические узлы** Периферические лимфатические узлы: околоушные, подчелюстные, подключичные, подмышечные, паховые – не увеличены, безболезненны, обычной плотности, подвижные, с кожей и между собой не спаяны.

**Мышечная система:** степень развития умеренная, при пальпации мышц болезненности нет, сила мышц в кисти, бедрах, голени умеренная, симметричная, тонус мышц в норме, судорог нет.

**Костно-суставная система.**

Деформации и искривления костей не наблюдается.

***Суставы:*** Суставы обычной конфигурации, симметричные, безболезненные при пальпации, активные и пассивные движения в суставах осуществляются в полном объеме, хруста в суставах при движениях не отмечается.

***Позвоночник:*** Позвоночник имеет все физиологические изгибы, деформации не выявлено. Подвижность при сгибании, разгибании, боковых движениях в норме, безболезненная, болезненности отдельных позвонков при ощупывании и постукивании не отмечается. Походка нормальная.

**Зев**

Цвет розовый. Гнойные пробки, налеты, изъязвления, кровоизлияния, сыпи отсутствуют.

**Щитовидная железа**

Увеличения нет. Без бугристости, нормальной плотности, безболезненная, подвижная при глотании и пальпации.

**Система органов дыхания**

Дыхание свободное, через нос. ЧД=17 в'

**Аускультация легких**

Дыхание везикулярное над всеми легочными полями.

Крепитация, шум трения плевры не выявлены.

Система органов кровообращения

Пульс на лучевых артериях синхронный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС=80 уд. в мин. Пульс на бедренной артерии, артерии тыла стопы положительный с обеих сторон.

**Аускультация сердца и сосудов**

Ритм сердца правильный. Тоны сердца ясные. Шумов нет. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Экстракардиальные шумы отсутствуют.

***Аускультация крупных сосудов:*** патологических тонов или шумов не обнаружено.

**Измерение артериального давления**

|  |  |
| --- | --- |
| Классическое положение пациента | Левая рука |
| Систолическое АД, мм рт.ст. | 110 |
| Диастолическое АД, мм рт.ст. | 70 |
| Положение пациента «стоя» |  |
| Систолическое АД, мм рт.ст. | 115 |
| Диастолическое АД, мм рт.ст. | 75 |

**Система органов пищеварения**

***Запах изо рта:*** обычный

***Слизистая оболочка ротовой полости:*** розового цвета, влажная, чистая, без пигментации, кровоизлияний, изъязвлений, молочницы.

***Десны:*** нормальные, патологических изменений не выявлено.

***Зубы:*** кариозных зубов не выявлено.

***Язык:*** Язык влажный, обложен бело-желтым налетом., наличие трещин, изъязвлений, отпечатков зубов, прикусов, увеличения не выявлено, сосочки хорошо выражены. Девиации языка в сторону при высовывании нет.

***Общий осмотр***

 Живот овальной, правильной формы, обычных размеров, симметричный, пупок втянут. Местных выпячиваний не обнаружено, пупка втянут.

***Перкуссия живота***

Над областью желудка выслушивается тимпанический перкуторный звук. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется, наличие признаков метеоризма не выявлено.

При пальпаторном исследовании методом флюктуации асцит не выявлен.

***Поверхностная ориентировочная пальпация***

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга – отрицательный. Расхождения прямых мышц живота и грыж нет.

***Глубокая скользящая, методическая топографическая пальпация по методу Glenard-Образцова-Гаусмана***

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка - 1.5 см в диаметре, мягкая, подвижная, эластичная, безболезненная, не урчит. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка - 2 см в диаметре, мягкая, подвижная, безболезненная, не урчит. На уровне пупка пальпируется поперечно- ободочная кишка - 3 см в диаметре, плотная, подвижная, безболезненная, не урчит.

*Определение размеров печени по Курлову по:*

правой срединно-ключичной линии 11см

передней срединной линии 10см

левой реберной дуге 9см

***Пальпация печени***

При пальпации печени определяется нижний край правой доли на 2 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии. Край острый, ровный, плотноэластической консистенции, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус - отрицательные. Селезенка не пальпируется.

***Перкуссия селезенки***

Верхняя граница селезеночной тупости определяется на уровне нижнего края 9 ребра, нижняя граница - на уровне верхнего края 11 ребра, передняя граница находится на 1 см левее передней подмышечной линии. Поперечник составляет 4 см, длинник - 6см.

Мочеполовая система

**Осмотр поясничной области**

Выпячиваний поясничной области нет. Покраснение и отечность кожи не выявлено.

**Перкуссия почек**

Симптом поколачивания отрицательный.

**Пальпация мочеточниковых точек**

При пальпация подреберных, верхних мочеточниковых, средних мо­четочниковых, реберно–позвоноч­никовых, реберно–поясничных точек болезненности не отмечается.

**Аускультация почек**

Наличие шума в реберно-позвоночном углу не обнаруживается.

**ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

На основании основных жалоб (желтушность кожи и склер, потемнение мочи и обесцвечение кала, тяжесть в правом подреберье на протяжении 2 недель-холестатический синдром), данных истории болезни и жизни, а так же данных объективного осмотра (Желтушность кожных покровов и склер, а также явление гепатомегалии (печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см)) можно выставить предварительный диагноз: Гепатит неуточненной этиологии.

 **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА**

* УЗИ органов брюшной полости
* Общий анализ крови
* Общий анализ мочи
* Биохимический анализ крови
* ЭКГ
* Коагулограмма
* Вирусологическое исследование. ИФА для выявления HAV IgM, HEV IgM, HBsAg, HCV At, HDV At.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

1. Режим 2

2. Диета № 5 по Певзнеру

3. Дезинтоксикационная терапия:

Rp: Sol Glucosi 5%- 400.0ml

DS: внутривенно, капельно. В течение 5 дней

Sol Ac. Ascorb 5%-10.0ml

DS: внутривенно, струйно. В течение 5 дней

Sol Riboxini2% – 10.0ml

DS: внутривенно, струйно. В течение 5 дней

.Гепатотропные препараты:

Rp: Essentiale – 5.0 ml

DS: по 5 мл внутримышечно. В течение 10 дней

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

1) УЗИ органов брюшной полости 16.09.2013г.:

Заключение:

• Диффузные изменения печени

• Увеличение лимфоузлов брюшной полости

• Киста(ы) левой почки

2) Общий анализ крови(16.09.2013г.)

Эритроциты- 4,8х10^12/л

Hb- 157 г/л

Цвет. показатель- 0,98

Лейкоциты- 6х10^9/л

палочкоядерные- 2%

сегментоядерные- 49%

Лимфоцитов- 18%

Моноцитов- 12%

CОЭ- 7 мм/ч

Заключение: В периферической крови выявляется лейкопения, обусловленная вирусным поражением организма, умеренный моноцитоз, который может наблюдаться при вирусном гепатите, преимущественно В.

3) Общий анализ мочи(16.09.2013г.)

Цвет: насыщено-желтый

Белок:0

Прозрачность: Прозрачная

Сахар

Реакция: кислая

Уробилиноиды:2

Уд. вес:1,028

Билирубин:2

Лейкоциты:3-4 в поле зрения

Эпителий плоский:0-1 в поле зрения

Заключение: Изменения в моче обусловлены гипербилирубинэмией и поражением печени. Присутствуют уробилин и желчные пигменты, которые дают темный цвет мочи.

4) Биохимическое исследование крови(16.09. 2013г.):

Общий белок:60г/л

Альбумин:26г/л

Глобулины:альфа-9%, бета-14%

гамма-фракция:25%

Белковые фракции 28,8%

Мочевина 2,7 ммоль/л

Креатинин 0,07 мкмоль/л

АсАт 982Е/л

АлАт 296Е/л

Кальций 2,35ммоль/л

Натрий 148,6ммоль/л

Калий 5,2 ммоль/л

Хлориды 102 ммоль/л

Билирубин прямой 107,2мкмоль/л

Билирубин общий 262,6мкмоль/л

Гамма-глутамил-транспепт.291 Ед/л

Щелочная фосфатаза141 Ед/л

Лактатдегидрогеназа2268 Ед/л

Тимоловая проба 25,2 Ед

Заключение: Биохимические показатели характерны для цитолитического, холестатического синдромов. Выявляются повышение активности АлАТ, АсАт, гипербилирубинэмия, увеличение показателей гамма-глутамил-транспептидазы, щелочной фосфатазы и лактатдегидрогеназы, тимоловой пробы и гамма-фракции, гипоальбунемия.

5)ЭКГ(16.09.2013г.): Ритм синусовый, ЧСС –81 удар в минуту. Нормальное положение ЭОС. Патологических изменений не выявлено.

6) Коагулограмма(17.09,2013г.):

ПТИ:0,91%

МНО:1,11

Заключение: Без патологии.

7)  Вирусологическое исследование. ИФА для выявления HAV IgM, HEV IgM, HBsAg, HCV At, HDV At.(16.09.2013г.)

Геп. А - HAV IgM (-) отрицательный

Геп. С - НCV диаплюс (-) отрицательный

Геп. В - HBsAg (+) положительный

Заключение: Нахождение HBsAg подтверждает диагноз вирусного гепатита В.

**ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНОЙ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Состояние больной** | **Назначения** |
| **09.10.2013г** | Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы желтые. Склеры иктеричные. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Язык обложен бело-желтым налетом. Пульс 75 уд/мин., АД=115/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Дыхание везикулярное. ЧД=17 в' Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени плотноэластической консистенции, острый, выходит из-под края реберной дуги на 2 см, поверхность печени гладкая. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча темная. Стул светлый, кашицеобразный-1 раз в день. t° тела=36,6°С. | Режим 2Диета № 5 по ПевзнеруRp: Sol Glucosi 5%- 400.0mlDS: внутривенно, капельноSol Ac. Ascorb 5%-10.0mlDS: внутривенно, струйноSol Riboxini2% – 10.0mlDS: внутривенно, струйно. Rp: Essentiale – 5.0 mlDS: по 5 мл внутримышечно.  |
| **10.10.2013г.** | Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы желтые. Склеры иктеричные. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Язык обложен бело-желтым налетом. Пульс 69 уд/мин., АД=110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Дыхание везикулярное. ЧД=18 в' Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени плотноэластической консистенции, острый, выходит из-под края реберной дуги на 1 см, поверхность печени гладкая. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча соломенно-желтого цвета. Стул светлый, кашицеобразный-1 раз в день. t° тела=36,5°С. | Режим 2Диета № 5 по ПевзнеруRp: Sol Glucosi 5%- 400.0mlDS: внутривенно, капельноSol Ac. Ascorb 5%-10.0mlDS: внутривенно, струйноSol Riboxini2% – 10.0mlDS: внутривенно, струйно. Rp: Essentiale – 5.0 mlDS: по 5 мл внутримышечно. |
| **11.10.2013г.** | Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы желтые. Склеры иктеричные. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Язык обложен бело-желтым налетом. Пульс 69 уд/мин., АД=90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Дыхание везикулярное. ЧД=17 в' Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени плотноэластической консистенции, острый, выходит из-под края реберной дуги на 1,5 см, поверхность печени гладкая. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча соломенно-желтого цвета. Стул обычного цвета, колбасовидный-1 раз в день. t° тела=36,6С.Б/х крови:АлАт 115,0 Е/лАсАт 68,3 Е/лБилирубин общий 71,0 мкмоль/лБилирубин прямой38,5 мкмоль/л | Режим 2Диета № 5 по ПевзнеруRp: Sol Glucosi 5%- 400.0mlDS: внутривенно, капельноSol Ac. Ascorb 5%-10.0mlDS: внутривенно, струйноSol Riboxini2% – 10.0mlDS: внутривенно, струйно. Rp: Essentiale – 5.0 mlDS: по 5 мл внутримышечно. |

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании основных жалоб (желтушность кожи и склер, потемнение мочи и обесцвечение кала, тяжесть в правом подреберье на протяжении 2 недель-холестатический синдром), данных истории болезни и жизни, а так же данных объективного осмотра (Желтушность кожных покровов и склер, а также явление гепатомегалии (печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см)), а также данных лабораторных исследований: УЗИ органов брюшной полости (16.09.2013г).: Заключение: Диффузные изменения печени; данных общего анализа крови (Заключение: В периферической крови выявляется лейкопения, обусловленная вирусным поражением организма, умеренный моноцитоз, который может наблюдаться при вирусном гепатите, преимущественно В.); данных общего анализа мочи(Заключение: Изменения в моче обусловлены гипербилирубинэмией и поражением печени. Присутствуют уробилин и желчные пигменты, которые дают темный цвет мочи.); данных биохимического анализа крови(Заключение: Биохимические показатели характерны для цитолитического, холестатического синдромов. Выявляются повышение активности АлАТ, АсАт, гипербилирубинэмия, увеличение показателей гамма-глутамил-транспептидазы, щелочной фосфатазы и лактатдегидрогеназы, тимоловой пробы и гамма-фракции, гипоальбунемия.); а также данных серологических реакций(Заключение: Нахождение HBsAg подтверждает диагноз вирусного гепатита В.), можно выставить диагноз: Вирусный гепатит типа В, средней степени тяжести. Осложнения:―; Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения, ф.к .2.

**ЭПИКРИЗ**

 Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (10.07.1951г.) 16.09.2013г. поступила в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по направлению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом: Гепатит неуточненной этиологии. После обследовании в УЗ «ВОКИБ» был выставлен диагноз: Вирусный гепатит типа В, средней степени тяжести. Осложнения:―; Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения, ф.к .2. Проводилось дезинтоксикационная терапия(: Sol Glucosi 5%- 400.0ml; Sol Ac. Ascorb 5%-10.0 ml; Sol Riboxini – 10.0 ml), а так же проводилось лечение гепатотропным препаратом(Essentiale – 5.0 ml ). На данный момент. Результаты биохимического исследования крови от 11.10.2013г. (АлАт 115,0 Е/л

АсАт 68,3 Е/л, Билирубин общий 71,0 мкмоль/л, Билирубин прямой38,5 мкмоль/л) ,а так же улучшение состояния больной (исчезновение тяжести в правом подреберье, появление аппетита, нормализация цвета стула и мочи), свидетельствуют о положительной динамике. Больная будет выписан из стационара при нормализации биохимических показателей. Больной рекомендовано наблюдение у врача-инфекциониста в поликлиники минимум 6 месяцев и соблюдение диеты с исключением алкоголя, острого, жирного, жаренного.

**ПРОГНОЗ**

## Прогноз для жизни относительно благоприятный, так как уже есть морфологические изменения печеночной ткани, хотя и воспалительного характера. Учитывая средне-тяжелую форму заболевания, поддающуюся терапии, адекватное поведение больной, отсутствие у неё пристрастия к алкоголю и наркотическим веществам, удовлетворительные бытовые условия, можно сказать, что процесс может полностью регрессировать, вплоть до полного клинического выздоровления больной, при соблюдении ею должной диеты. Но гепатит В часто может переходить в хронические формы, с развитием в дальнейшем цирроза печени, при влиянии неблагоприятных факторов (курение, несоблюдение диеты, употребление алкоголя даже в небольших количествах). Не исключено, что у больной в периоде выздоровления может развиться постгепатитный синдром, с астено-вегетативными жалобами.