**Официальные данные**

1. ФИО:.
2. Возраст: 29 лет
3. Место работы: .
4. Семейное положение:.
5. Домашний адрес:
6. Дата поступления: 08.09.2001 г.
7. Кем направлен: доставлен бригадой скорой помощи.
8. Диагноз при направлении: Вирусный гепатит.
9. Диагноз при поступлении: Вирусный гепатит В.
10. Диагноз клинический:
* основной: Вирусный гепатит В (HbsAg "+"), желтушная форма, циклическое течение, средняя степень тяжести;
* осложнения основного заболевания: отсутствуют;
* сопутствующая патология: отсутствует.

**Жалобы больного**

Жалобы: на наличие желтушности кожных покровов и склер, темную окраску мочи; общую слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,2 0С.

**Анамнез настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

Болен в течение недели (с 02.09.2001 г.), когда отметил появление общей слабости, недомогания, повышение температуры тела до 37,2 0С, наличие болевого синдрома в крупных суставах, тяжести в эпигастрии, тошноты и рвоты, не приносящей облегчения состояния. С 04.09.2001 г. больной отмечает появление желтушности склер, а в дальнейшем и кожных покровов. С 06.09.2001 г. отмечает появление темной окраски мочи. По данному поводу обратился за медицинской помощью. Вызванной бригадой скорой помощи 08.09.2001 г. больной доставлен в ГКИБ. Госпитализирован в гепатитное отделение.

***Эпидемиологический анамнез:*** настоящее заболевание связать с чем-либо затрудняется. Проведение оперативных вмешательств и парентеральных манипуляций в анамнезе в течение последнего года отрицает. Наличие контактов с источниками инфекции отрицает. Вирусный гепатит в анамнезе отрицает.

**Анамнез жизни больного (Anamnesis vitae)**

Профессиональные вредности отрицает. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Проживает с родителями в отдельной квартире. Перенесенные заболевания: из перенесенных заболеваний отмечает: грипп, ОРВИ, простудные, острую левостороннюю верхнедолевую пневмонию (1996 г). Оперативные вмешательства не проводились. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов и наличие аллергических реакций отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались. Туберкулез, онкологические и венерические заболевания анамнезе отрицает. Контакт с инфекционными больными отрицает. Последнее флюорографическое обследование более года назад. Проведенные прививки назвать затрудняется.

**Данные объективного обследования больного (Status praesens)**

Состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение в постели активное. Температура тела 37,2 0С. Телосложение правильное нормостеническое. Питание умеренное. Рост 170 см., вес 65 кг.

Кожные покровы чистые, умеренно иктеричной окраски, умеренной влажности, тур­гор и эластичность сохранены. Склеры умеренно иктеричной окраски. Видимые слизистые чистые, умеренно влажные. Волосяной покров умеренный, оволо­сение по мужскому типу. Пролежней, трофических язв не обнаруже­но. Ногти правильной формы. Дермографизм красный, нестойкий.

Подкожно-жировой слой развит умеренно, толщина 1,2 см, отеков, опухолевидных образований, подкожной эмфиземы нет. Лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны, легко смещаемы.

Мышцы развиты умеренно, одинаково на симметричных участках те­ла. Мышечный тонус сохранен, одинаковый с обеих сторон, мышечная сила умеренная. Конфигурация суставов конечностей не изменена. Болезненность, хруст при движениях не определяется. Кости: тип телосложения нормостенический. Деформаций верхних и ниж­них конечностей не отмечается. Конечности по длине и окружности симметричны.

Частота дыхания 19 в минуту, дыхание поверхностное, ритм пра­вильный. Дыхание через нос свободное, голос ясный. Форма грудной клетки нормостеническая, над- и подключичные ямки умеренно развиты. В акте дыхания не принимает участие дополнительная дыхательная муску­латура. Пальпаторно грудная клетка безболезненна, эластич­ность сохранена. Голосовое дрожание симметрично на симметричных участках. Ширина полей Кренига, высота стояния верхушек легких, границы нижнего края легких и подвижность нижнего края легких в пределах нормы. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Крепитация, шум трения плевры не определяется. Бронхофония на симметричных участках грудной клетки одинакова.

Патологической пульсации артерий и вен в области шеи не опреде­ляется. Область сердца визуально не изменена, патологической пульсации в области сердца, надчревия не выявлено. Симптом "кошачьего мурлыкания", сердечный "горб", в области сердца не определяются. Верхушечный толчок ограничен, резистентный, локализуется в 5 межреберье на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Пульс на лучевых артериях ритмичный, умеренного наполнения и напряжения, симметричен. При пальпа­ции сердца сердечный толчок отсутствует. Перкуторно границы сердца в пределах нормы. Поперечник сосудистого пучка - 5 см. Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный. Шум трения перикарда не определяется. ЧСС - 85 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. на обеих верхних конечностях. На обеих нижних конечностях АД = 200/130 мм.рт.ст. Варикозного расширения вен, трофических язв нет.

Язык суховат, у корня слегка обложен желтоватым налетом. Вставных зубов нет, зубы санированы. Слизистая оболочка полости рта чистая, цианотичной ок­раски. Миндалины цианотичного цвета, не увеличены. Мягкое и твердое небо цианотичной окраски, изъязвлений, налетов не определяется.

Живот овальный, симметричный, в акте дыхания не участвует. Мышцы передней брюшной стенки расслаблены. При пальпации живот чувствительный в эпигастрии. При перкус­сии тимпанический звук над всей поверхностью живота, над кишечни­ком более высокий, чем над желудком. При аускультации выслушива­ется умеренная кишечная перистальтика. Шум плеска в желудке, ки­шечнике не определяется. Рас­ширения подкожных вен живота не отмечается. Перитонеальные симптомы отрицательны.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот чувствительный в эпигастрии, напряжения мышц живота (диффузного и ограниченного) не определяется. Грыжи и расхождение прямых мышц живота не отме­чено.

При глубокой методической скользящей пальпации живота по Образ­цову-Стражеско: восходящая и нисходящая части ободочной кишки пальпируются в виде безболезненного, умеренно упругого, гладкого, менее подвижного цилиндра. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде цилиндра умеренной плотности, безболезненного, не урчащего, легко смещаемого. Желудок: поверхность гладкая, болезненность и урчание отсутствуют. Большая кривизна желудка определяется на 3-4 см. выше пупка. Консистенция желудка упругая, болезненность отсутствует. Сигмовидная кишка: пальпируется в левой подвздошной области на границе средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с пе­редней верхней остью подвздошной кости, в виде гладкого, плотно­ватого, безболезненного, не урчащего цилиндра, протяженностью около 20 см., толщиной около 3 см., очень вяло перистальтирующе­го. Смещается в ту или другую сторону на 3-4 см. Слепая кишка: пальпируется в правой подвздошной области на гра­нице средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости, в форме гладкого, безболезненно­го, расширяющегося книзу, слегка урчащего, умеренно уп­ругого и слабо подвижного цилиндра. Пассивная подвижность 1-2 см. Протяженность 1-2 см., толщина около 4 см. Восходящая и нисходящая части ободочной кишки: прощупываются в виде цилиндров умеренной плотности, толщиной 2-2,5 см. Не урча­щие, безболезненные.

Наличия диффузного и ограниченного набухания в области правого подреберья при пальпации не обнаружено. При пальпации край печени определяется на 1 см. ниже края правой реберной дуги. При пальпации печень безболезненна, мягкая, поверхность ровная, край печени закруглен.

|  |
| --- |
| Размеры печени по Курлову |
| По срединно-ключичной линии справа | 10 см. |
| По срединной линии | 9 см. |
| По левому краю реберной дуги | 8 см. |

|  |
| --- |
| Границы печени по опознавательным линиям |
| Условные линии | Абсолютная печеночная тупость | Относительная печеночная тупость |
| верхняя граница | нижняя граница | верхняя граница |
| Праваяокологрудинная | Верхний край7 ребра | на 1 см. ниже краялевой реберной дуги | Верхний край5 ребра |
| Правая средняя ключичная | Нижний край7 ребра | на 1 см ниже границы между верхней и средней третями расстояния от мечевидного отростка до пупка. | Нижний край7 ребра |
| Правая передняя подмышечная | 8 ребро | на 2,5 см. нижекрая правой ребер-ной дуги. | 6 ребро |

Селезенку пропальпировать не удалось.

Область поясницы, надлобковая зона без деформации. Почки не пальпируются. Мочеиспускание безболезненное, свободное 5-6 раз в сутки. Моча темная. Дизурия не наблюдается. Суточный диурез – 1,5-2,0 л. Симптом Пастернацкого (поколачивания по поясничной области) от­рицательный с обеих сторон.

Нервная система: сознание ясное, настроение спокойное. Тип нервной системы – преимущественно холерик. Поведение больного адекватное. Сон не нарушен. Реакция зрачков на свет содружественная. Парезы, параличи не выявлены. Характер дермографиз­ма красный. Бред, галлюцинации не выявлены. Состояние слуха в пре­делах нормы. Состояние зрения в норме.

Эндокринная система: щитовидная железа не увеличена.

**Предварительный диагноз**

Вирусный гепатит В.

**План обследования**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи + анализ мочи на желчные пигменты
3. Анализ крови на сахар
4. Анализ крови на RW и ВИЧ
5. Анализ кала на яйца глист
6. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, липопротеиды, СРБ, серомукоид, фибриноген, АсАТ, АлАТ, билирубин, мочевина, креатинин, АСК, АСГ, АСЛ, тимоловая и сулемовая пробы, щелочная фосфатаза.
7. Флюорография органов грудной клетки
8. Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов

**Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования**

► Общий анализ крови (от 08.09.2001):

Гемоглобин (Hb) - 148 г/л;

СОЭ - 12 мм/ч;

Эритроциты - 4,5\*1012 /л;

Лейкоциты - 5,3\*109 /л;

э - 2;

н - 58;

 п - 2;

 с - 56;

м - 5;

л - 35;

Тромбоциты - 200\*109 /л.

Заключение: анализ без изменений.

► Общий анализ мочи (от 08.09.2001):

Цвет - темный;

Прозрачность - прозрачная;

Удельный вес - 1023 г/л;

Реакция - кислая;

Белок - отр;

Желчные пигменты - (+);

Сахар - отр;

Эпителий плоский - 1-2 в п/з;

Лейкоциты - 1-2 в п/з;

Эритроциты - 1-2 в п/з;

Заключение: наличие желчных пигментов.

► Анализ крови на сахар (от 08.09.2001):

сахар крови - 4,6 ммоль/л.

Заключение: уровень сахара крови в пределах нормы.

► Анализ крови на RW и ВИЧ (от 08.09.2001):

RW - отрицательный;

ВИЧ - отрицательный.

► Анализ кала на яйца глист (от 08.09.2001):

 Яйца глист не обнаружены.

► Биохимический анализ крови (от 08.09.2001):

 общий белок - 69 г/л;

альбумины - 60 %;

глобулины - 40 %:

альфа-1 - 3 %;

альфа-2 - 10 %;

бета - 12 %;

гамма - 15 %;

 А/Г > 1;

 холестерин - 4,9 ммоль/л;

альфа-липопротеиды - 3,9 г/л;

бетта-липопротеиды - 45 УЕ;

СРБ - отр;

серомукоид - 0,21;

фибриноген - 2,3 г/л;

АсАТ - 2,16 мкмоль/мл\*ч;

АлАТ - 3,66 мкмоль/мл\*ч;

билирубин общий - 75 мкмоль/л;

прямой билирубин - 53 мкмоль/л;

непрямой билирубин - 22 мкмоль/л;

мочевина - 3,3 ммоль/л;

креатинин - 0,06 ммоль/л;

щелочная фосфатаза - 2,94 мкмоль/л;

тимоловая проба - 8,6 ЕД.

Заключение: гипербилирубинемия, повышение активности ферментов и тимоловой пробы.

► Биохимический анализ крови (от 14.09.2001):

билирубин общий - 26 мкмоль/л;

прямой билирубин - 18 мкмоль/л;

непрямой билирубин - 8 мкмоль/л.

► Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов (от 08.09.2001):

* HbsAg - (+);
* АнтиCor суммарный - (+);
* АнтиHBe - (+);
* АнтиHCV - (отр).

► Флюорограмма органов грудной клетки (от 08.09.2001):

Заключение: патологии не определяется.

**Клинический диагноз**

Диагноз клинический:

* основной: Вирусный гепатит В (HbsAg "+"), желтушная форма, циклическое течение, средняя степень тяжести;
* осложнения основного заболевания: отсутствуют;
* сопутствующая патология: отсутствует.

**Обоснование клинического диагноза**

Диагноз: выставлен на основании:

**1. Жалоб больного:** на наличие желтушности кожных покровов и склер, темную окраску мочи; общую слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,2 0С.

**2. Данных анамнеза настоящего заболевания:** болен в течение недели (с 02.09.2001 г.), когда отметил появление общей слабости, недомогания, повышение температуры тела до 37,2 0С, наличие болевого синдрома в крупных суставах, тяжести в эпигастрии, тошноты и рвоты, не приносящей облегчения состояния. С 04.09.2001 г. больной отмечает появление желтушности склер, а в дальнейшем и кожных покровов. С 06.09.2001 г. отмечает появление темной окраски мочи. По данному поводу обратился за медицинской помощью. Вызванной бригадой скорой помощи 08.09.2001 г. больной доставлен в ГКИБ. Госпитализирован в гепатитное отделение.

***Эпидемиологический анамнез:*** настоящее заболевание связать с чем-либо затрудняется. Проведение оперативных вмешательств и парентеральных манипуляций в анамнезе в течение последнего года отрицает. Наличие контактов с источниками инфекции отрицает. Вирусный гепатит в анамнезе отрицает.

**3. Данных анамнеза жизни больного:** профессиональные вредности отрицает. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Проживает в отдельной квартире. Перенесенные заболевания: из перенесенных заболеваний отмечает: грипп, ОРВИ, простудные, острую левостороннюю верхнедолевую пневмонию (1996 г). Оперативные вмешательства не проводились. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов и наличие аллергических реакций отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались. Туберкулез, онкологические и венерические заболевания анамнезе отрицает. Контакт с инфекционными больными отрицает. Последнее флюорографическое обследование более года назад. Проведенные прививки назвать затрудняется.

**4. Данных объективного обследования больного:** состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение в постели активное. Температура тела 37,2 0С. Телосложение правильное нормостеническое. Питание умеренное. Рост 170 см., вес 65 кг. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричной окраски, умеренной влажности, тур­гор и эластичность сохранены. Склеры умеренно иктеричной окраски. Видимые слизистые чистые, умеренно влажные. Лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны, легко смещаемы. Частота дыхания 19 в минуту, дыхание поверхностное, ритм пра­вильный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Верхушечный толчок ограничен, резистентный, локализуется в 5 межреберье на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Пульс на лучевых артериях ритмичный, умеренного наполнения и напряжения, симметричен. Перкуторно границы сердца в пределах нормы. Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 85 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. на обеих верхних конечностях. Язык суховат, у корня слегка обложен желтоватым налетом. Живот правильной формы, не вздут; при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. При пальпации край печени определяется на 1 см. ниже края правой реберной дуги. При пальпации печень безболезненна, мягкая, поверхность ровная, край печени закруглен. Селезенку пропальпировать не удалось. Мочеиспускание безболезненное, свободное 5-6 раз в сутки. Моча темная. Суточный диурез – 1,5-2,0 л. Симптом Пастернацкого (поколачивания по поясничной области) от­рицательный с обеих сторон.

**5. Данных лабораторно-инструментальных методов исследования:**

► Общий анализ мочи (от 08.09.2001):

Цвет - темный;

Прозрачность - прозрачная;

Удельный вес - 1023 г/л;

Реакция - кислая;

Белок - отр;

Желчные пигменты - (+);

Сахар - отр;

Эпителий плоский - 1-2 в п/з;

Лейкоциты - 1-2 в п/з;

Эритроциты - 1-2 в п/з;

Заключение: наличие желчных пигментов.

► Биохимический анализ крови (от 08.09.2001):

 общий белок - 69 г/л;

альбумины - 60 %;

глобулины - 40 %:

альфа-1 - 3 %;

альфа-2 - 10 %;

бета - 12 %;

гамма - 15 %;

 А/Г > 1;

 холестерин - 4,9 ммоль/л;

альфа-липопротеиды - 3,9 г/л;

бетта-липопротеиды - 45 УЕ;

СРБ - отр;

серомукоид - 0,21;

фибриноген - 2,3 г/л;

АсАТ - 2,16 мкмоль/мл\*ч;

АлАТ - 3,66 мкмоль/мл\*ч;

билирубин общий - 75 мкмоль/л;

прямой билирубин - 53 мкмоль/л;

непрямой билирубин - 22 мкмоль/л;

мочевина - 3,3 ммоль/л;

креатинин - 0,06 ммоль/л;

щелочная фосфатаза - 2,94 мкмоль/л;

тимоловая проба - 8,6 ЕД.

Заключение: гипербилирубинемия, повышение активности ферментов и тимоловой пробы.

► Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов (от 08.09.2001):

* HbsAg - (+);
* АнтиCor суммарный - (+);
* АнтиHBe - (+);
* АнтиHCV - (отр).

**Дифференциальный диагноз**

## Весь симптомокомплекс у данного больного позволяет поставить нам диагноз вирусного гепатита с парентеральным механизмом передачи. Но для постановки окончательного диагноза требуется проведение дифференциальной диагностики между сходными заболеваниями, как инфекционными (желтушные формы лептоспироза, псевдотуберкулеза), так и неинфекционными (острый алкогольный гепатит, токсические гепатиты, механическая желтуха). Проведем дифференциацию между вирусным гепатитом и желтушной формой лептоспироза, так как при этих заболеваниях выявляется желтуха, болезненная увеличенная печень, высокая билирубинемия. Но для лептоспироза важны данные эпидимиологического анамнеза: купание в загрязненных водоемах, контакт с животными где-то за 30 дней до заболевания, что больной отрицает. Различны и преджелтушные периоды. При лептоспирозе токсические проявления выражены ярче и имеют особенности: больные жалуются на высокую температуру тела, сильную головную боль, большую слабость; очень характерно - миалгии, особенно икроножных мышц; температура держится весь преджелтушный период, при этом могут выявляется герпетические высыпания, полиморфная сыпь, увеличение лимфатических узлов. При гепатите В или С (и у больного), выраженной лихорадки может не быть, выявляются более астенические симптомы, артралгические - ломота в коленных суставах. С возникновением желтухи симптомы интоксикации при лептоспирозе уменьшаются. При вирусном гепатите В или С, наоборот - усиливаются. Но при лептоспирозе в желтушном периоде мы можем выявлять геморрагии и поражение почек (анурию, болезненность в поясничной области, протеинурию, азотемию), чего мы не видим у больного. Окончательно дифференцировать эти заболевания позволят лабораторные методы. В клиническом анализе крови при гепатите вирусной этиологии выявляем лейкопению, замедление СОЭ, может быть небольшой моноцитоз. При лептоспирозе в крови определяется нейтрофильный лейкоцитоз и ускоренная СОЭ. Очень важны биохимические показатели: при высоком уровне билирубина при лептоспирозе умеренно повышена активность АлАТ и АсАТ, в отличии от гепатита. При лептоспирозе же наблюдается повышение активности щелочной фосфотазы, небольшое снижение протромбинового индекса, белково-осадочные пробы обычно не изменяются. У больного высокая активность АлАТ при высоком уровне билирубина, изменены белковоосадочные пробы, что свидетельствует в пользу вирусного гепатита. И, наконец, лабораторные исследования, направленные на выявление маркеров вирусного гепатита дают выявление у больного HBsAg, что позволяет окончательно поставить диагноз вирусного гепатита В и исключить лептоспироз.

## Очень трудна дифференциальная диагностика у данного больного вирусного гепатита и механических желтух, так как начало заболевания постепенное, без выраженных симптомов интоксикации, присутствует желтуха, потемнение мочи, высокий уровень общего билирубина, что характерно для обоих заболеваний. Механическая желтуха развивается в результате частичной или полной непроходимости желчевыводящих путей с нарушением пассажа желчи в кишечник. Она чаще обусловлена холедохолитиазом, стриктурой большого дуоденального сосочка, опухолью головки поджелудочной железы и желчевыводящих путей. В отличие от гепатита для механической желтухи не характерен особенный эпидемиологический анамнез. Заболевания развиваются постепенно, но для гепатита характерна цикличность (преджелтушный период, желтуха, период реконвалесценции, что и видим у больного), для механической желтухи - медленное, прогрессирующее нарастание симптомов. Так при подпеченочной желтухе кожный покров приобретает желтовато-зеленую окраску, а при обтурирующих желчевыводящие пути опухолях - характерный землистый оттенок. При очень длительной механической желтухе кожный покров приобретает черновато-бронзовую окраску. При вирусных гепатитах цвет кожи желтый с шафрановым оттенком, меняется только его интенсивность. При подпеченочной желтухе, обусловленной желчекаменной болезнью, в начале заболевания появляются, характерные приступообразные боли по типу печеночной колики, иногда желтуха появляется на фоне острого холецистита. Боли же при гепатите, если возникают, носят постоянный, тянущий характер, или больного чувствует тяжесть в правом подреберье. А вот при опухолях панкреатодуоденальной зоны желтуха появляется без предшествующих болевых ощущений, что затрудняет дифференциальную диагностику. Но при них выявляют положительный симптом Курвуазье, что для гепатитов не характерно и не выявляется у больного. Кожный зуд при механических желтухах выражен, при гепатитах он может быть только при явлениях холестаза, и не наблюдается у больного. Печень при обтурационных желтухах чаще не увеличена, безболезненная и эластической консистенции. У больного она увеличена - что характерно для гепатита. В анализе крови отмечают увеличение СОЭ, лейкоцитоз (при остром холецистите в сочетании с холелитиазом). При гепатите - лейкопения, СОЭ в норме или снижено. Никогда у больного механической желтухой при биохимическом исследовании не выявляется гипо- и диспротеинемия, как это бывает при гепатитах, так как нарушается белковообразовательная функция. Трансаминазы повышены очень незначительно при механической желтухе, а вот активность щелочной фосфатазы увеличена в несколько раз, белково-осадочные пробы не изменены. При гепатитах и у больного наоборот. Решающими в дифференциальной диагностике этих заболеваний будут инструментальные методы (для подтверждения механической желтухи) и серологические (для подтверждения вирусного гепатита и его идентификации). Данные за поражение паренхимы печени и нахождение HBsAg позволяет отвергнуть механическую желтуху у данного больного.

**План лечения больного**

**Режим:** общий.

**Диета:** стол № 5.

**Медикаментозная терапия:**

Rp.: Sol "Rheopolyglucinum" 400 ml.

 D.S. Внутривенно капельно 400 мл один раз в день.

#

Rp.: "Roferonum" 3 млн. МЕ

 D.S. 3 млн. МЕ 3 раза в день внутримышечно.

#

Rp.: Tab. Dimedroli 0,05

 D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

#

Rp.: Sol. Glucosae 5% - 400 ml.

 D.S. Внутривенно капельно 1 раз в день.

#

Rp.: Sol. Riboxyni 2% - 10 ml.

 D.S. Внутривенно струйно 1 раз в день.

#

Rp.: Sol. Haemodesi 200 ml.

 D.S. Внутривенно капельно 1 раз в день.

**Дневник наблюдения за больным**

***14.09.2001 г.***

Жалобы на наличие желтушности кожных покровов и склер; общую слабость, снижение аппетита. Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,8 0С. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричной окраски, умеренной влажности, тур­гор и эластичность сохранены. Склеры умеренно иктеричной окраски. Лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны, легко смещаемы. Частота дыхания 19 в минуту, дыхание поверхностное, ритм пра­вильный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 75 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык суховат, у корня слегка обложен желтоватым налетом. Живот правильной формы, не вздут; при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. При пальпации край печени определяется на 1 см. ниже края правой реберной дуги. При пальпации печень безболезненна, мягкая, поверхность ровная, край печени закруглен. Мочеиспускание безболезненное, свободное 5-6 раз в сутки. Моча темная. Суточный диурез – 1,5-2,0 л. Симптом Пастернацкого (поколачивания по поясничной области) от­рицательный с обеих сторон. По результатам биохимического анализа крови от 14.09.2001 г. отмечается снижение уровня билирубина крови. Лечение продолжает.

***18.09.2001 г.***

Жалобы общую слабость, снижение аппетита. Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,8 0С. Кожные покровы чистые, слабо иктеричной окраски, умеренной влажности, тур­гор и эластичность сохранены. Склеры умеренно иктеричной окраски. Лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны, легко смещаемы. Частота дыхания 17 в минуту, дыхание поверхностное, ритм пра­вильный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 72 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, не вздут; при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. При пальпации край печени определяется на 1 см. ниже края правой реберной дуги. При пальпации печень безболезненна, мягкая, поверхность ровная, край печени закруглен. Мочеиспускание безболезненное, свободное 5-6 раз в сутки. Моча обычной окраски. Суточный диурез – 1,5-2,0 л. Симптом Пастернацкого (поколачивания по поясничной области) от­рицательный с обеих сторон. Лечение продолжает.

**Прогноз заболевания**

1. Для выздоровления - благоприятный.
2. Для жизни - благоприятный.
3. Для трудоспособности - благоприятный.

**Эпикриз**

Больной ФИО 08.09.2001 г. бригадой скорой помощи был доставлен для стационарного лечения в ГКИБ с диагнозом: Вирусный гепатит.

При поступлении предъявлял следующие жалобы: на наличие желтушности кожных покровов и склер, темную окраску мочи; общую слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,2 0С.

Болен в течение недели (с 02.09.2001 г.), когда отметил появление общей слабости, недомогания, повышение температуры тела до 37,2 0С, наличие болевого синдрома в крупных суставах, тяжести в эпигастрии, тошноты и рвоты, не приносящей облегчения состояния. С 04.09.2001 г. больной отмечает появление желтушности склер, а в дальнейшем и кожных покровов. С 06.09.2001 г. отмечает появление темной окраски мочи. По данному поводу обратился за медицинской помощью. Вызванной бригадой скорой помощи 08.09.2001 г. больной доставлен в ГКИБ. Госпитализирован в гепатитное отделение.

***Эпидемиологический анамнез:*** настоящее заболевание связать с чем-либо затрудняется. Проведение оперативных вмешательств и парентеральных манипуляций в анамнезе в течение последнего года отрицает. Наличие контактов с источниками инфекции отрицает. Вирусный гепатит в анамнезе отрицает.

Из анамнеза: профессиональные вредности отрицает. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Проживает с родителями в отдельной квартире. Перенесенные заболевания: из перенесенных заболеваний отмечает: грипп, ОРВИ, простудные, острую левостороннюю верхнедолевую пневмонию (1996 г). Оперативные вмешательства не проводились. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов и наличие аллергических реакций отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались. Туберкулез, онкологические и венерические заболевания анамнезе отрицает. Контакт с инфекционными больными отрицает. Последнее флюорографическое обследование более года назад. Проведенные прививки назвать затрудняется.

При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение в постели активное. Температура тела 37,2 0С. Телосложение правильное нормостеническое. Питание умеренное. Рост 170 см., вес 65 кг. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричной окраски, умеренной влажности, тур­гор и эластичность сохранены. Склеры умеренно иктеричной окраски. Видимые слизистые чистые, умеренно влажные. Лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны, легко смещаемы. Частота дыхания 19 в минуту, дыхание поверхностное, ритм пра­вильный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Верхушечный толчок ограничен, резистентный, локализуется в 5 межреберье на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Пульс на лучевых артериях ритмичный, умеренного наполнения и напряжения, симметричен. Перкуторно границы сердца в пределах нормы. Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 85 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. на обеих верхних конечностях. Язык суховат, у корня слегка обложен желтоватым налетом. Живот правильной формы, не вздут; при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. При пальпации край печени определяется на 1 см. ниже края правой реберной дуги. При пальпации печень безболезненна, мягкая, поверхность ровная, край печени закруглен. Селезенку пропальпировать не удалось. Мочеиспускание безболезненное, свободное 5-6 раз в сутки. Моча темная. Суточный диурез – 1,5-2,0 л. Симптом Пастернацкого (поколачивания по поясничной области) от­рицательный с обеих сторон.

При проведении лабораторно-инструментальных исследований были получены следующие результаты:

► Общий анализ крови (от 08.09.2001):

Гемоглобин (Hb) - 148 г/л;

СОЭ - 12 мм/ч;

Эритроциты - 4,5\*1012 /л;

Лейкоциты - 5,3\*109 /л;

э - 2;

н - 58;

 п - 2;

 с - 56;

м - 5;

л - 35;

Тромбоциты - 200\*109 /л.

Заключение: анализ без изменений.

► Общий анализ мочи (от 08.09.2001):

Цвет - темный;

Прозрачность - прозрачная;

Удельный вес - 1023 г/л;

Реакция - кислая;

Белок - отр;

Желчные пигменты - (+);

Сахар - отр;

Эпителий плоский - 1-2 в п/з;

Лейкоциты - 1-2 в п/з;

Эритроциты - 1-2 в п/з;

Заключение: наличие желчных пигментов.

► Анализ крови на сахар (от 08.09.2001):

сахар крови - 4,6 ммоль/л.

Заключение: уровень сахара крови в пределах нормы.

► Анализ крови на RW и ВИЧ (от 08.09.2001):

RW - отрицательный;

ВИЧ - отрицательный.

► Анализ кала на яйца глист (от 08.09.2001):

 Яйца глист не обнаружены.

► Биохимический анализ крови (от 08.09.2001):

 общий белок - 69 г/л;

альбумины - 60 %;

глобулины - 40 %:

альфа-1 - 3 %;

альфа-2 - 10 %;

бета - 12 %;

гамма - 15 %;

 А/Г > 1;

 холестерин - 4,9 ммоль/л;

альфа-липопротеиды - 3,9 г/л;

бетта-липопротеиды - 45 УЕ;

СРБ - отр;

серомукоид - 0,21;

фибриноген - 2,3 г/л;

АсАТ - 2,16 мкмоль/мл\*ч;

АлАТ - 3,66 мкмоль/мл\*ч;

билирубин общий - 75 мкмоль/л;

прямой билирубин - 53 мкмоль/л;

непрямой билирубин - 22 мкмоль/л;

мочевина - 3,3 ммоль/л;

креатинин - 0,06 ммоль/л;

щелочная фосфатаза - 2,94 мкмоль/л;

тимоловая проба - 8,6 ЕД.

Заключение: гипербилирубинемия, повышение активности ферментов и тимоловой пробы.

► Биохимический анализ крови (от 14.09.2001):

билирубин общий - 26 мкмоль/л;

прямой билирубин - 18 мкмоль/л;

непрямой билирубин - 8 мкмоль/л.

► Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов (от 08.09.2001):

* HbsAg - (+);
* АнтиCor суммарный - (+);
* АнтиHBe - (+);
* АнтиHCV - (отр).

► Флюорограмма органов грудной клетки (от 08.09.2001):

Заключение: патологии не определяется.

Был выставлен клинический диагноз:

* основной: Вирусный гепатит В (HbsAg "+"), желтушная форма, циклическое течение, средняя степень тяжести;
* осложнения основного заболевания: отсутствуют;
* сопутствующая патология: отсутствует.

Было назначено и проведено следующее лечение:

**Режим:** общий.

**Диета:** стол № 5.

**Медикаментозная терапия:**

Rp.: Sol "Rheopolyglucinum" 400 ml.

 D.S. Внутривенно капельно 400 мл один раз в день.

Rp.: "Roferonum" 3 млн. МЕ

 D.S. 3 млн. МЕ 3 раза в день внутримышечно.

Rp.: Tab. Dimedroli 0,05

 D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Rp.: Sol. Glucosae 5% - 400 ml.

 D.S. Внутривенно капельно 1 раз в день.

Rp.: Sol. Riboxyni 2% - 10 ml.

 D.S. Внутривенно струйно 1 раз в день.

Rp.: Sol. Haemodesi 200 ml.

 D.S. Внутривенно капельно 1 раз в день.

В результате проводимого лечения отмечается улучшение состояния больного. В настоящее время лечение продолжает.

**Рекомендации**

* Соблюдение пищевого режима, диетпитание с исключением жирных, острых, жареных блюд, алкоголя.
* Рациональное трудоустройство на 3-6 мес. с освобождением от тяжелого физического труда, занятий спортом, командировок.
* Санаторно-курортное лечение через 6 мес. после заболевания.
* Противопоказаны профилактические прививки в течение 6 мес., применение гепатотоксических препаратов.

Подпись куратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ //