**Официальные данные** (официальный анамнез)

**Фамилия, имя, отчество больного:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Дата поступления:** 08.01.2004

**Дата выписки:**

**Пол:** муж

**Возраст: 23** года **Дата рождения:** 06.02.1980

**Место рождения**: Томская область д. Мазалово

**Место жительства, адрес**: Томская область

**Семейное положение:** холост

 **Место работы, должность:** электросварщик, слесарь-сантехник, **инвалид 3 гр**.

 **Диагноз:**

 **Основное заболевание:** Вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести.

 **Осложнения:** нет

**АНАМНЕЗ**

 **Жалобы, предъявляемые больным при поступлении:**

1. Желтушность кожных покровов.
2. Боли в правом подреберье.
3. Тошнота.
4. Чувство слабости.
5. Головная боль.
6. Потемнение мочи.
7. Боли в суставах.

**Анамнез настоящего заболевания:**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*считает себя больным с 04.01.2004 когда впервые появилась головная боль, чувство тяжести в правом подреберье, сонливость, тошнота, снижение аппетита, боли в суставах. Анамнез до 4 января уточнить не удалось в связи с праздничными днями. 06.01.2004 обратил внимание на желтушность кожных покровов. С появлением желтухи состояние ухудшилось нарастала слабость, снижался аппетит, интенсивность головной боли усилилась. 07.01.2004 обратил внимание на появление темной мочи и светлого кала. 08.01.2004 был госпитализирован в инфекционное отделение.

**Эпидемиологический анамнез:**

Живет в благоустроенном частном доме, в семье 7 человек. Из домашних животных держит кошку. Наличие грызунов в доме отрицает. Случаев инфекционного заболевания в окружении не было. Пациент отрицает контакт с инфекционными больными, но при сборе анамнеза удалось выяснить:

* В личном окружении больного находятся люди употребляющие наркотические вещества парентерально (опиаты).
* Неоднократные случайные половые контакты с сомнительными девушками легкого поведения
* Попытка самоубийства в состоянии алкогольного опьянения в июле 2003 года ( вскрытие вен бритвой )
* Факт употребления наркотических веществ парентерально около 10 лет назад
* В августе 2003 года находился на стационарном лечении с диагнозом острая пневмония, где производились внутримышечные и внутривенные иньекции.

Оперативных вмешательств, переливаний крови, стоматологических манипуляций и инструментальных исследований, кроме указанного выше, за последний год не было.

 Правила личной гигиены соблюдает. Питается дома, в столовую ходит редко. Воду пьет кипяченную, овощи и фрукты перед употреблением моет. Ранее инфекционных заболеваний не переносил, о наличии профилактических прививок не знает.

«Рыбный анамнез» и сведения о наличии описторхоза:

 Речную рыбу употребляет часто. При обследовании был диагносцирован описторхоз.

Клинических проявлений описторхоза выявить на данный момент не удалось.

«Клещевой анамнез»

В 2002 г. перенес клещевой энцефалит, прошел курс лечения, в настоящее время находится на инвалидности и состоит на учете у инфекциониста и невролога по месту жительства.

 ***Заключение:***

Источник заболевания: не выявлен.

Механизм передачи: гемоконтактный

Путь передачи: наиболее вероятно половой (естественный), но учитывая анамнез нельзя исключать искусственные пути передачи ( иньекции, травмы).

**Личный анамнез больного:**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родился 06.02.1980 в Томской области. В срок, первым ребенком в семье. Вскармливание грудное. Рос в благополучной, полноценной, материально обеспеченной семье. В удовлетворительных бытовых условиях. Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников в развитии не отставал. В школу пошел с семи лет, закончил 9 классов, затем поступил в техникум, который успешно закончил по специальности газоэлектросварка. В настоящее время живет с родителями в частном доме. Условия быта удовлетворительные.

**Перенесенные заболевания:**

Из перенесенных детских инфекций указывает на ветряную оспу и паротит.

2001 г. – сквозное ранение грудной клетки и пищевода

2002 г. – клещевой энцефалит

2003 г. – острая пневмония, попытка суицида в состоянии алкогольного опьянения

По состоянию здоровья пациент получил 3 группу инвалидности и в настоящее время наблюдается у инфекциониста и невролога по месту жительства с диагнозом вегетативный синдром.

 Наличие сифилиса, психических заболеваний, патологии обмена веществ, венерических заболеваний отрицает. Контузий не было. Вакцинация в детском возрасте по календарю.

**Аллергологический анамнез:**

Не отягощен. Факт аллергических реакций на лекарственные средства, продукты питания и другие факторы отрицает.

**Семейный анамнез:**

В настоящее время не женат. Отец и мать здоровы.

**Вредные привычки:**

Курит приблизительно по 0.5 пачки в день. Злоупотребляет алкоголем ( в анамнезе факты запоя с периодичностью раз в месяц, попытка самоубийства в состоянии алкогольного опьянения ). Факт однократного употребления наркотических веществ (опиатов) 10 лет назад.

**Общие исследования.**

**Положение больного:**  активное

**Сознание:** ясное

**Состояние:** средней степени тяжести

**Выражение лица:** осмысленное

**Кожа:** кожные покровы желтушной окраски, сухие, тёплые. Тургор тканей сохранен. Высыпаний нет. Геморрагического синдрома нет. Склеры иктеричны.

**Видимые слизистые оболочки:** Видимые слизистые оболочки, гладкие, блестящие, влажные, чистые, высыпаний нет.

**Подкожно-жировой слой:** развит умеренно, распределён равномерно.

**Лимфатические узлы**: При наружном осмотре лимфатические узлы не визуализируются. Подчелюстные, затылочные, околоушные, подбородочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

**Щитовидная железа:** Визуально не определяется. При пальпации определяется перешеек, смещающийся при глотании вверх. Правая и левая доли не увеличены, безболезненны, эластичны.

**Костная система**: видимых деформаций со стороны костного скелета нет.

**Суставы:** видимых деформаций суставов нет, активные и пассивные движения выполняются в полном объеме, движения безболезненные. Припухлости и повышения температуры в области суставов нет.

**Мышечная система:** развита умеренно, одинаково на симметричных участках тела. Рельеф не выражен, тонус сохранен, болезненности при пальпации не отмечается.

**Объективное исследование по органам:**

**Дыхательный аппарат:** Проходимость верхних дыхательных путей сохранена. Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное, одинаковой глубины. Грудная клетка цилиндрической формы, эластична, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания,вспомогательная мускулатура в акте дыхания участия не принимает.

**Пальпация грудной клетки**: болевые точки не определяются. Голосовое дрожание над симметричными отделами грудной клетки одинаковое.

**Перкуссия лёгких**: Перкуторный звук лёгочный, при сравнительной перкуссии над передними, задними и боковыми отделами лёгких в симметричных участках звук одинаковый. Гамма звучности сохранена.

**Топографическая перкуссия**: Высота стояния верхушек лёгких спереди справа и слева 3 см над ключицей. Высота стояния верхушек слева сзади 1,5 см , справа 1 см.

Ширина полей Кренига справа 6.5 см, слева 6 см. Нижняя граница легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Линии:* | *Справа:* | *Слева:* |
| *Окологрудинная* | *V м/реберье* | *-* |
| *Среднеключичная* | *VI м/реберье* | *-* |
| *Передняя подмышечная* | *VII м/реберье* | *VII м/реберье* |
| *Средняя подмышечная* | *VIII м/реберье* | *VIII м/реберье* |
| *Задняя подмышечная* | *IX м/реберье* | *IX м/реберье* |
| *Лопаточная* | *X м/реберье* | *X м/реберье* |
| *Околопозвоночная* | *Остистый отросток XI грудного позвонка* | *Остистый отросток XI грудного позвонка* |

Подвижность нижнего легочного края:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Дыхание:* | *Справа по*  *среднеподмышечной линии:* | *Слева по*  *среднеподмышечной линии:* |
| *На вдохе* | *4 см* | *4 см* |
| *На выдохе* | *3 см* | *3 см* |
| *Общая экскурсия легких* | *7 см* | *7 см* |

**Аускультация лёгких**: Бронхофония на периферических участках легких не проводится.

При аускультации над передними, боковыми и задними отделами грудной клетки дыхание везикулярное. Побочных дыхательных шумов не обнаружено.

**Органы кровообращения:** Деформаций и выпячиваний в области сердца не обнаружено. Пульсации в яремной ямке, эпигастральной области нет.

**Пальпация**: верхушечный толчок определяется в 5-ом межреберье кнутри на 2 см от среднеключичной линии, не разлитой не усилен, диаметром 2 см.

**Перкуссия сердца**:

|  |  |
| --- | --- |
| *Границы сердца:* | *Относительная тупость:* |
| *Правая* | *IV м/реберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины* |
| *Верхняя* | *III ребро по линии параллельной левому краю грудины, отступая 1 см.* |
| *Левая* |  *V межреберье кнутри от срединно-ключичной линии на 2 см*  |

Длинник сердца: 15 см

Поперечник сердца: 14 см

Конфигурация сердца: обычная

# Ширина сосудистого пучка 5,5 см

**Аускультация сердца**: Ритм правильный, соотношение 1 и 2 тона правильное. Выслушиваемые тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Выслушивается акцент II тона на аорте.

**Сосудистая система**: видимой пульсации сонных, подключичных артерий нет. Пальпаторно на сонных артериях пульс определяется, пульсация одинакова справа и слева. Пульсации шейных вен не наблюдается. На локтевых, лучевых, голеностопных артериях пульс прощупывается. При сравнении на правой и левой лучевых артериях одинаковый, ритмичный умеренного напряжения, полный пульс. Частота 96 ударов в минуту. Артериальное давление 120\80 мм.рт.ст. Венозный и капиллярный пульс отсутствует.

**Желудочно – кишечный тракт:**

**Полость рта***:*Зубы желтовато-белого цвета, обычной формы, кариозно изменены. Слизистая оболочка ротовой полости гладкая, розового цвета, без высыпаний и пигментации. Умеренная гиперемия твердого неба. Дёсны розового цвета, не кровоточат, не разрыхлены, безболезненны. Язык не увеличен, влажный, корень языка обложен беловатым налётом.

**Осмотр живота***:* живот округлой формы, видимой перистальтики нет, грыжевидных выпячиваний нет. Кожа живота не пигментирована. Пальпация живота: поверхностная и глубокая пальпация безболезненна. Послеоперационный рубец от верхнесрединной лапаротомии.

**Желудок:** при осмотре контуры и перистальтика желудка не определяются. При перкуссии над желудком определяется низкий тимпанический звук. Нижняя граница по срединной линии тела - на 2 см выше пупка (граница при перкуссии и при аускультации совпадают). Пальпация желудка: поверхностная пальпация безболезненна. Шум плеска не определяется.

**Кишечник:**

*Сигмовидная кишка*: локализация обычная, диаметр 3 см, поверхность гладкая, эластичная, подвижность сохранена, не урчит, безболезненна.

*Слепая*: локализация правильная, диаметр 3 см, поверхность гладкая, эластична, не урчит, безболезненна, подвижна.

*Восходящая и нисходящая отделы поперечно-ободочной кишки*: локализация обычная, диаметр по 2 см, подвижны, урчат, безболезненны.

**Поджелудочная железа:**Проекция поджелудочной железы при пальпации безболезненна, болезненности в зонах Шофара, Губергрица и точке Мейо-Робсона не определяется.

**Печень:** Перкуссия - верхняя граница абсолютной тупости находится на уровне VI ребра, относительной тупости на уровне V ребра. Нижняя граница выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Размеры печени по М.Г.Курлову - 12,5 х 11 х 9 см.

Пальпация: край печени эластичный, ровный, острый, поверхность гладкая, при пальпации болезненная.

**Желчный пузырь**: пальпация в точке желчного пузыря безболезненная

**Селезенка:**при перкуссии: Верхняя граница - IX ребро, нижняя -XI ребро по средней подмышечной линии. Задний верхний полюс - на уровне лопаточной линии.

Передний нижний полюс - не выходит за линию costoarticularis. Длинник - 15 см, поперечник - 8 см. Пальпация: не пальпируется, при пальпации в проекции селезенки болезненность не выявлена.

**Почки, мочевыводящие пути:**Правая и левая почки не пальпируются.

Синдром Пастернацкого отрицательный. Болевые точки в области мочевого пузыря отсутствуют. Мочеиспускание свободное безболезненное

**Нервная система*:*** асимметрии лица, сглаженности носогубной складки, отклонения языка в сторону – нет. Зрачки равномерные, реакция на свет и аккомодацию сохранена. Движения уверенные, координированные. Болевая чувствительность сохранена.

**Предварительный диагноз.**

На основании:

1. жалоб больного на:

-Желтушность кожных покровов.

-Боли в правом подреберье.

-Тошнота.

-Чувство слабости.

-Головная боль.

-Потемнение мочи.

-Боли в суставах.

2. Анамнеза настоящего заболевания:

При наступлении желтушности кожных покровов состояние ухудшилось с нарастанием симптомов интоксикации, появился светлый стул и темная моча.

3. Эпидемиологического анамнеза:

* В личном окружении больного находятся люди употребляющие наркотические вещества парентерально (опиаты).
* Неоднократные случайные половые контакты с сомнительными девушками легкого поведения
* Попытка самоубийства в состоянии алкогольного опьянения в июле 2003 года ( вскрытие вен бритвой )
* Факт употребления наркотических веществ парентерально около 10 лет назад
* В августе 2003 года находился на стационарном лечении с диагнозом острая пневмония, где производились внутримышечные и внутривенные иньекции.

Заключение:

Источник заболевания: не выявлен.

Механизм передачи: гемоконтактный

Путь передачи: наиболее вероятно половой (естественный), но учитывая анамнез нельзя исключать искусственные пути передачи ( иньекции, травмы).

4. Данных объективного осмотра:

Желтушность кожных покровов, иктеричность склер, потемнение мочи, светлый кал.

 Можно поставить предварительный диагноз: ***Вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести.***

**План обследования.**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови.
4. Кал на копрограмму.
5. Реакция Вассермана.
6. Маркеры гепатитов.

**Лабораторные исследования.**

**Общий анализ крови:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **09.01.04** | **Норма** |
| Гемоглобин г\л | 114 | 132-164 |
| Эритроциты 1012 | 4,0 | 4,5-5,1 |
| Тромбоциты | - |  |
| Лейкоциты 103 | 6,1 | 4 - 8 |
| Палочкоядерные % | 2 | 1 – 6 |
| Сегментоядерные % | 46 | 47 – 72 |
| Лимфоциты % | 32 | 19 – 37 |
| Эозинофилы % | 12 | 0,5-5 |
| Моноциты % | 6 | 3 – 11 |
| СОЭ мм/час | 5 | менее 15 |

Заключение: эозинофилия

**Биохимические показатели крови**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **09.01.04** | **Норма** |
| Биллирубин общий  | 212,2 | 8,55 – 20,5 мкмоль/л |
| Биллирубин связанный | 157 | До 16,5 мкмоль/л |
| Биллирубин свободный | 55,4 | 0-5,1 мкмоль/л |
| Общий белок  | 70,8 | 65 – 85 г/л |
| Тимоловая проба | 16 | до 5 Ед |
| 1:10 | 3,25 |  |
| АСТ | 3,25 | 0-1 Ед/л |
| АЛТ | 3,55 |

Заключение: Повышено содержание всех фракций билирубина, положительная тимоловая проба, гиперферментемия.

**Общий анализ мочи:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **09.01.04** |
| Цвет  | Коричневый |
| Прозрачность  | Прозрачная |
| Белок г\л | Отр. |
| Удельный вес | М-м |
| Лейкоциты | До 6 в поле зрения |
| Слизь | + |
| Эритроциты | Ед. в п.зр |

**Серологическое исследование крови на маркеры гепатитов от 09.01.2004**

Заключение: Обнаружен HbsAg, HbeAg, AntiHBсIgM.

**Обоснование диагноза.**

На основании:

1. жалоб больного на

-Желтушность кожных покровов.

-Боли в правом подреберье.

-Тошнота.

-Чувство слабости.

-Головная боль.

-Потемнение мочи.

-Боли в суставах.

2. Анамнеза настоящего заболевания:

При наступлении желтушности кожных покровов состояние ухудшилось с нарастанием симптомов интоксикации, появился светлый стул и темная моча.

3. Эпидемиологического анамнеза:

* В личном окружении больного находятся люди употребляющие наркотические вещества парентерально (опиаты).
* Неоднократные случайные половые контакты с сомнительными девушками легкого поведения
* Попытка самоубийства в состоянии алкогольного опьянения в июле 2003 года ( вскрытие вен бритвой )
* Факт употребления наркотических веществ парентерально около 10 лет назад
* В августе 2003 года находился на стационарном лечении с диагнозом острая пневмония, где производились внутримышечные и внутривенные иньекции.

Заключение:

Источник заболевания: не выявлен.

Механизм передачи: гемоконтактный

Путь передачи: наиболее вероятно половой (естественный), но учитывая анамнез нельзя исключать искусственные пути передачи ( иньекции, травмы).

4. Данных объективного осмотра:

Желтушность кожных покровов, иктеричность склер, потемнение мочи, светлый кал.

5. Данных лабораторных исследований:

* Биохимический анализ крови от 09.01.2004

Заключение: Повышено содержание всех фракций билирубина, положительная тимоловая проба, гиперферментемия.

-Серологическое исследование крови от 09.01.2004

Заключение: Обнаружен HbsAg, HbeAg, AntiHBсIgM.

 На основании вышеизложенных данных ставится диагноз:

***Вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести.***

**Дифференциальный диагноз.**

**Желчекаменная болезнь.**

При сборе эпидемиологического контакта не удается выяснить контакт с инфекцией. Заболевание развивается постепенно, часто в анамнезе или при объективном и инструментальном исследовании удается выяснить хронические заболевание гепатобилиарной системы или нарушение обмена веществ. Болеют преимущественно лица старшего возраста, чаще лица женского пола, склонные к полноте. Желтуха возникает внезапно, а не нарастает постепенно. Интенсивно выражен болевой синдром, боль острая, продолжительная, уменьшается при применении спазмолитиков.

Для верификации диагноза проводят: УЗИ, РХПГ.

**Иерсиниозный гепатит**.

Заболевание начинается преимущественно в весенний период. При сборе эпидемиологического анамнеза удается выяснить связь с употреблением пищевых продуктов. Желтуха появляется сразу, для данной патологии не характерно постепенное ее нарастание. Инкубационный период для данного заболевания составляет от 30 часов до 18 суток. Характерны общие проявления : сыпь различной локализации, лихорадка нередко гектического характера, вегетативные расстройства, поражения суставов.

Для верификации диагноза проводят: ИФА, РГА.

**Острый описторхоз**.

При сборе эпидемиологического анамнеза в 90% случаев удается выявить употребление в пищу речной рыбы. Характерно развитие токсико-аллергического гепатита.

Патологические изменения в ОАК: лейкоцитоз, выраженная эозинофилия.

**Токсические гепатиты.**

Острые токсические гепатиты вызываются недозированным применением лекарственных препаратов препаратами (ингибиторами МАО-производными гидразина, ПАСК, производными изоникотиновой кислоты, экстрактом мужского папоротника и др. ), при отравлениях промышленными ядами (фосфор, фосфорорганические инсектициды, тринитротолуол и др. ), грибными ядами (мускарин, афалотоксин и др. ). Поэтому необходимо тщательно собрать лекарственный, пищевой и профессиональный анамнез.

У данного пациента факта отравления или злоупотребления лекарственными препаратами выявить не удалось.

**Инфекционный мононуклеоз**.

Для данного заболевания характерны выраженные общие проявления: субфебрильная температура тела, катаральные явления верхних дыхательных путей – заложенность носа, гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, гиперемия и увеличение миндалин. Больные предъявляют жалобы на боли при глотании, озноб, усиленное потоотделение, ломоту в теле. Удается выявить лимфаденопатию, гепатолиенальный синдром. Иногда появляется экзантема пятнисто-папулезного характера. Диагностическим критерием является увеличение количества атипичных мононуклеаров с широкой цитоплазмой более 12%.

У данного пациента данных изменений крови не обнаружено.

**Лептоспироз.**

Источниками возбудителей являются грызуны и домашние животные. Поэтому необходимо тщательно собрать эпидемиологический анамнез для выявление контакта с источником инфекции. Заболевание начинается остро, с озноба и повышения температуры до 39-40 и быстро прогрессирующих симптомов интоксикации. Характерна резкая боль в икроножных мышцах. Экзантема отмечается в 85 % случаев. Выражен геморрагический синдром в виде носовых кровотечений, микро- и макрогематурии, кровоизлияния в склеры. Интенсивность желтухи варьирует в широких пределах, сопровождается кожным зудом, моча становится темной, цвет кала изменяется мало. Характерно повышение активности щелочной фосфатазы. Изменения в крови характеризуются лейкоцитозом с нейтрофильным сдвигом влево, лимфопенией, гипоэозинофилией, увеличением СОЭ.

**Лечение.**

1. ***Госпитализация больного в стационар инфекционного отделения.***
2. ***Диета №5***

Эта диета энергетически полноценна, содержит белков — 100 г, жиров — 80 г, углеводов — 450 г, энергетическая ценность 2800-3000 ккал. Количество белка 100-110 г в сутки обеспечивает пластические потребности гепатоцитов. Содержание жира соответствует физиологической норме, причем 2/3 должны составлять жиры животного происхождения, а 1/3 — растительного. Растительные масла обеспечивают желчегонный эффект, липолитическое действие, улучшают обмен холестерина. Из рациона исключаются жирные сорта мяса и рыбы; жареные блюда;острые закуски; соленые и копченые продукты; изделия из мяса гуся, утки, баранины, жирной свинины; мясо внутренних органов, сало; мозги; бараний жир; бобовые, шпинат, щавель; кислые фрукты; крепкий кофе, какао. Пища принимается небольшими порциями 4-5 раз в день.

1. ***Обильное питье, до2х литров в сутки.***
2. ***Дезинтоксикационная и патогенетическая терапия.***

*Rp: Sol. Haemodesi 400.0*

*D.S. Вводить внутривенно капельно.*

Применяют для дезинтоксикации организма при токсических формах острых желудочно-кишечных заболеваний (дизентерия, диспепсия, сальмонелезы и др.), ожоговой болезни в фазе интоксикации, послеоперационной интоксикации, инфекционных заболеваниях, токсикозах беременных и других патологических процессах, сопровождающихся интоксикацией. Препараты, аналогичные гемодезу, выпускаются за рубежом под названиями: Neocompensan, Реristan Н и др. Механизм действия гемодеза обусловлен способностью низкомолекулярного поливинилпирролидона связывать токсины, циркулирующие в крови, и быстро выводить их из организма. Препарат быстро выводится почками (до 80 % за 4 ч) и частично через кишечник. Он усиливает почечный кровоток, повышает клубочковую фильтрацию и увеличивает диурез. Вводят гемодез внутривенно капельно со скоростью 40 - 80 капель в минуту

*Rp: Sol. Glucosae 5% 800,0*

 *Sol. Аcidi ascorbinici 5% 3,0*

*Sol. Сосаrboxylasi 2,0*

*D.S. Вводить внутривенно капельно со скоростью 30 капель в минуту.*

*Rp: Tab. Riboxini 0,2 № 50*

*D.S. Принимать по одной таблетке 3 раза в день.*

Рибоксин является производным (нуклеозидом) пурина. Его можно рассматривать в качестве предшественника АТФ. Имеются данные о способности препарата повышать активность ряда ферментов цикла Кребса, стимулировать синтез нуклеотидов, оказывать положительное влияние на обменные процессы в миокарде и улучшать коронарное кровообращение. По типу действия относится к анаболическим веществам. Будучи нуклеозидом, инозин может проникать в клетки и повышать энергетический баланс миокарда. Применяют рибоксин для комплексной терапии ишемической болезни сердца, перенесенного инфаркта миокарда, миокардиодистрофии, нарушениях ритма, связанных с применением сердечных гликозидов. Назначают также при заболеваниях печени (гепатиты, цирроз) и для лечения урокопропорфирии.

*Rp: Tab Liv-52 № 50*

*D.S. Принимать по 2 таблетки 2 раза в день.*

Комплексный препарат, изготовленный из соков и отваров ряда растений. Таблетки содержат в расчете на сухое вещество 16 мг тысячелистника (Achillea millefolium), 65 мг цикория (Cichorium intybus), 16 мг кассии (сенны) восточной (Cassia occidentalis), 32 мг черного паслена (Solanum nigrum), 65 мг растения Capparis spinosa, 32 мг Terminalia arjuna, 16 мг Tamarix gallica и 33 мг Mandur bhasma. Применяют для улучшения функции печени при инфекционных и токсических гепатитах, хроническом гепатите и других заболеваниях печени. Препарат повышает также аппетит, улучшает пищеварение, способствует отхождению газов из кишечника.

**Эпикриз.**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* поступил в инфекционное отделение 08.01.2004. При поступлении пациент предъявлял жалобы на слабость, потерю аппетита, головную боль, желтушность кожных покровов, потемнение мочи, чувство тяжести в правом подреберье.

В отделении был собран анамнез жизни, анамнез развития заболевания, эпидемиологический анамнез, проведено обьективное исследование по системам органов.

Проведена лабораторная диагностика по плану обследования.

 На основании полученных данных был поставлен диагноз: Вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести.

 Назначен курс патогенетической и дезинтоксикационной терапии. В данный момент пациент проходит курс лечения в стационаре инфекционного отделения.

**Прогноз.**

При соблюдении всех рекомендаций лечащего врача и прохождении полного курса терапии прогноз благоприятный. При выписки пациета из стационара он подлежит диспансерному наблюдению сроком не менее 12 месяцев. Снятие с учета производится при отсутствии хронического гепатита и 2-кратном отрицательном результате исследования на наличие HbsAg, проведенного с интервалом в 10 дней.

**Список использованной литературы.**

1. В.И. Покровский «Инфекционные болезни и эпидемиология» Москва 2003 г.
2. Н.Д. Ящук «Лекции по инфекционным болезням», в двух томах Москва 1999 г.
3. Лекционный материал 2004 г.
4. Машковский «Лекарственные средства» 2002 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата. | Температура, давление, пульс. | Состояние больного. |
| 08.01 | t=36,80САД130/80мм.рт.ст Ps=80 уд. в мин. | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Первое знакомство с больным, активно идет на контакт. Предьявляет жалобы на головную боль снижение аппетита, тошноту, пожелтение кожных покровов, потемнение мочи, светлый стул. Собран анамнез жизни и анамнез развития заболевания. Подробно собран эпидемиологический анамнез. |
| 09.01 | t=36,70С АД120/80мм.рт.стPs=78 уд. в мин. | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Жалобы прежние. Уточнение анамнеза.Обьективный осмотр: кожные покровы желтушны, склеры иктеричны. Дызание везикулярное, побочных дыхательных шумов не обнаружено. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение первого и второго тонов правильное. Размеры печени по Курлову +2.5 +1.5 +0.5. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Край печени при пальпации болезненен.Назначен курс терапии. |
| 11.01. | t=36,70С АД130/80мм.рт.стPs=82 уд. в мин. | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Жалобы прежние. Отмечает улучшение состояния, что проявляется появлением аппетита, уменьшением головной боли и исчезновением тошноты. Изменений в обьективном статусе нет. |