**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Ф.И.О. …

Возраст: 35 лет

Место жительства:

Профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы:

Дата госпитализации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении: Вирусный гепатит.

Клинический диагноз: Вирусный гепатит «В» (НВs Ag «+»), желтушная форма с преимущественно цитолитическим синдромом, тяжелое течение.

**ЖАЛОБЫ**

На тяжесть в правом подреберье, на головную боль, возникающую к вечеру, нарушение аккомодации, на сухость во рту, тошноту, слабость, на потемнение мочи и просветление кала, на пожелтение кожных покровов.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больным с 18 сентября 2008 года, когда появились отвращение к курению, ухудшение аппетита, сухость во рту, повышения температуры, озноб, нарушение аккомодации, ломота в коленных суставах, потемнение мочи, незначительные боли под правым подреберьем. 21 сентября обратил внимание на пожелтение кожных покровов. 23 сентября желтушность кожи усилилась, периодические боли в правом подреберья, стала темней моча, стул стал светлым и кашицеобразным. В связи с этим обратился в участковую поликлинику. После обследования больной с предварительным диагнозом: "Вирусный гепатит" и был госпитализирован в ГБ №.5 в инфекционное отделение. За время пребывания в больнице самочувствие больного ухудшилось: усилилась желтуха, появились жалобы на головные боли, на сухость во рту, тошноту, слабость, тяжесть в правом подреберье.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, инъекции не производились, не выезжал из города. В марте этого года лечился у стоматолога (кариес и камни). В своем окружении инфекционных больных не отмечает. Контактов с животными не имел. Работа связана с длительным сидячим образом.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Родился в 1973 году в городе Барнауле в семье рабочих 1-м ребенком. Физически и интеллектуально развивался нормально, от сверстников не отставал. С 7-ми лет пошел в школу. Учился хорошо. По окончании школы учился в техникуме. После окончания, которого служил в армии. После службы работал по специальности – изготовителем ключей. Сейчас работа связана с длительным сидячим образом. Материально обеспечен, проживает в двухкомнатной квартире один. Питание регулярное-3 раза в день, полноценное, разнообразное.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины.

Наследственность: Родители здоровы.

Семейный Анамнез: Холост, детей не имеет.

Вредные привычки: Курит с 18-ти лет. Алкоголь злоупотребляет. Наркотики не употребляет.

Аллергологический анамнез: Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает.

**ОБЩИЙ ОСМОТР**

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенического типа телосложения, умеренного питания. Внешний вид соответствует возрасту. Кожные покровы желтые, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Дермагрофизм белый нестойкий. Выявляются единичные телеангиоэктазии, расположенные на груди; пальмарная эритема. Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно, толщина складки на уровне пупка 1,5 см. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые. Слизистая глаз желтая, влажная, чистая. Склеры иктеричные. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек желтая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

Пальпируются подчелюстные и подбородочные лимфоузлы овальной формы, размерами 1 на 0,5 см, эластической консистенции, с подлежащими тканями не спаяны, безболезненные.

Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен. Рост 163 см, вес 60 кг.

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

Осмотр

Верхушечный толчок визуально не определяется.

Пальпация

Пульс симметричный, частотой 54 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Верхушечный толчок не пальпируется.

Перкуссия

Границы относительной сердечной тупости: Правая - в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины Верхняя - на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistrae Левая - в 5-м межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии

Границы абсолютной сердечной тупости: Правая - по левому краю грудины Верхняя - на уровне 4-го ребра Левая - на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях

Аускультация

Тоны сердца ритмичные, ясные, звучные.

Артериальное давление 110/70 мм рт. ст.

**ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

Осмотр

Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания - брюшной. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Форма грудной клетки правильная, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

Пальпация

Грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание симметричное, не изменено.

Перкуссия Топографическая перкуссия.

Нижние границы правого легкого: по l. parasternalis- верхний край 6-го ребра по l. medioclavicularis- нижний край 6-го ребра по l. axillaris anterior- 7 ребро по l. axillaris media- 8 ребро по l. axillaris posterior- 9 ребро по l. scapuiaris- 10 ребро по l. Paravertebralis - на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Нижние границы левого легкого: по l. parasternalis- ------- по l. medioclavicularis- ------- по l. axillaris anterior- 7 ребро по l. axillaris media- 9 ребро по l. axillaris posterior- 9 ребро по l. scapuiaris- 10 ребро по l. Paravertebralis - на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Верхние границы легких: Спереди на 3 см выше ключицы. Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии: на вдохе 4 см на выдохе 4 см

Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии: на вдохе 4 см на выдохе 4 см

Сравнительная перкуссия:

Над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук.

Аускультация. Над всеми аускультативными точками выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

Осмотр

Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок втянут.

Пальпация

Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный. Выявляется болезненность при пальпации правого подреберья. Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется. Нижний край печени острый, ровный, плотноэластичный, болезненный, выходит из под края реберной дуги на 3 см; Поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус - отрицательные. Селезенка не пальпируется. Перкуссия. Размеры печени по Курлову: по правой седнеключичной линии 13 см, по передней срединной линии 10 см, по левой реберной дуге 8 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеоксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

**МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом покалачивания по поясничной области отрицательный.

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей. Глоточный, брюшной и сухожильно-периостальные рефлексы сохранены. Оболочечные симптомы отрицательные. Глазное яблоко, состояние зрачков и зрачковые рефлексы в норме.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб больного (головные боли, возникающие вечером, нарушение аккомодации, сухость во рту, слабость, тошнота, потемнение мочи и посветление кала, желтушность кожных покровов, тяжесть в правом подреберье), данных анамнеза болезни, которые отражают характерное развитие заболевания с цикличностью: постепенное начало, наличие преджелтушного периода, протекающего по смешанному (астено-вегетативному-отвращение к курению, ухудшение аппетита, нарушение аккомодации, и артралгическому-ломота в коленных суставах) типу на протяжении 5 дней с симптомами интоксикации, последующего желтушного периода, причем при появлении желтухи самочувствие больного ухудшается, эпидемиологического анамнеза (в марте этого года лечился у стоматолога) и данных объективного обследования: выявление иктеричности склер, желтушности видимых слизистых и кожных покровов, единичных телеангиоэктазий на груди, пальмарной эритемы, обложенного белым налетом языка, брадикардии, болезненности при пальпации правого подреберья, увеличения размеров печени на 3 см, ее болезненности при пальпации, можно заподозрить вирусный гепатит у больного, а смешанный характер преджелтушного периода, нарастание тяжести состояния после появление желтухи и предшествующее лечение у стоматолога позволяют думать о вирусном гепатите с парэнтеральным механизмом передачи.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Лабораторные исследования:

Клинический анализ крови. Назначаем для выявления симптомов характерных для вирусного поражения, то есть лейкопении, может быть увеличение моноцитов, ускоренная СОЭ.

Биохимический анализ крови. В нем нас интересуют показатели количество общего белка, белковых фракций, показатели белковых осадочных проб, активности аминотрансферраз (они должны быть повышены). Обязателен показатель билирубина. Так как нарушается функция печени обязательно смотрим уровень протромбина.

Анализ мочи. Так как мы подозреваем патологию печени в моче могут быть желчные пигменты и уробилин.

Анализ кала на яйца глистов.

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

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

24.09.08г.

Результаты лабораторных исследований:

Клинический анализ крови. Эритроциты- 4,8х10^12/л Hb- 167 г/л Цвет. показатель- 0,98 Лейкоциты- 3.5х10^9/л палочкоядерные- 2% сегментоядерные- 49% Лимфоцитов- 18% Моноцитов- 12% CОЭ- 7 мм/ч В периферической крови выявляется лейкопения, обусловленная вирусным поражением организма, и умеренный моноцитоз, который может наблюдаться при вирусном гепатите, преимущественно В.

Биохимический анализ крови. Общ. белок 66,3 г/л Альбумины 49,3% Глобулины: α1-6,0%, α2-7,1%, β-10,8%, γ-27,0% Тимоловая проба 11,6 ВСЕ Сулемовая проба 1,5

АсАТ 7960 ЕД/л АлАТ 6182 ЕД/л Билирубин общ. 247 мкмоль/л

Непрямой 133

Прямой 114 Протромбиновый индекс 52% Фибриноген 2,9 г/л Выявляются гиподиспротеинэмия с преобладанием гамма-глобулинов, повышение активности АсАТ и АлАТ, снижение сулемовой пробы и повышение тимоловой пробы, гипербилирубинэмия, снижение протромбинового индекса.

Анализ мочи. Цвет насыщено-желтый Белок 0 Прозрачность Прозрачная Сахар 0 Реакция кислая Уробилиноиды 2 Уд. вес 1,026 Билирубин 2 Лейкоциты 8-10 в поле зрения Эпителий плоский 0-1 в поле зрения Изменения в моче обусловлены гипербилирубинэмией и поражением печени. Находим уробилин и желчные пигменты, которые и дают темный цвет мочи.

25.09.08г.

Результаты лабораторных исследований:

Клинический анализ крови. Эритроциты- 4,8х10^12/л Hb- 159 г/л Цвет. показатель- 0,98 Лейкоциты- 7.2х10^9/л палочкоядерные- 2% сегментоядерные- 49% Лимфоцитов- 18% Моноцитов- 12% CОЭ- 6 мм/ч В периферической крови выявляется умеренный моноцитоз, который может наблюдаться при вирусном гепатите, преимущественно В.

Биохимический анализ крови. Общ. белок 66,3 г/л Альбумины 49,3% Глобулины: α1-6,0%, α2-7,1%, β-10,8%, γ-27,0% Тимоловая проба 11,6 Сулемовая проба 1,5

АсАТ 3205 ЕД/л АлАТ 3478 ЕД/л Билирубин общ. 252 мкмоль/л

Непрямой 141

Прямой 111 Протромбиновый индекс 60% Фибриноген 2,3 г/л Выявляются повышении АлАТ, АсАТ и Тимоловой пробы говорит об цитолитическом синдроме.

Анализ мочи. Цвет насыщено-желтый Белок 0 Прозрачность Прозрачная Сахар 0 Реакция кислая Уробилиноиды 2 Уд. вес 1,026 Билирубин 2 Лейкоциты 5 - 6 в поле зрения Эпителий плоский 0-1 в поле зрения Изменения в моче обусловлены гипербилирубинэмией и поражением печени. Находим уробилин и желчные пигменты, которые и дают темный цвет мочи.

29.09.08г.

Результаты лабораторных исследований:

Клинический анализ крови. Эритроциты- 4,8х10^12/л Hb- 160 г/л Цвет. показатель- 0,98 Лейкоциты- 7х10^9/л палочкоядерные- 2% сегментоядерные- 49% Лимфоцитов- 18% Моноцитов- 12% CОЭ- 6 мм/ч В периферической крови выявляется умеренный моноцитоз, который может наблюдаться при вирусном гепатите, преимущественно В.

Биохимический анализ крови. Общ. белок 66,3 г/л Альбумины 49,3% Глобулины: α1-6,0%, α2-7,1%, β-10,8%, γ-27,0% Тимоловая проба 11,6 Сулемовая проба 1,5

АсАТ 617 ЕД/л АлАТ 1516 ЕД/л Билирубин общ. 242 мкмоль/л

Непрямой 132

Прямой 110 Протромбиновый индекс 83% Фибриноген 2,3 г/л Выявляются повышении АлАТ и Тимоловой пробы говорит об выраженном цитолитическом синдроме.

Анализ мочи. Цвет насыщено-желтый Белок 0 Прозрачность Прозрачная Сахар 0 Реакция кислая Уробилиноиды 2 Уд. вес 1,026 Билирубин 2 Лейкоциты 1 - 2 в поле зрения Эпителий плоский 0-1 в поле зрения Изменения в моче обусловлены гипербилирубинэмией и поражением печени. Находим уробилин и желчные пигменты, которые и дают темный цвет мочи.

Серологическое исследование. Геп. А - HAV IgM (-) отрицательный Геп. С - НCV диаплюс (-) отрицательный Геп. В - HBsAg (+) положительный Нахождение HBsAg подтверждает диагноз вирусного гепатита В и говорит, что больной находится в начальной фазе болезни.

**ДНЕВНИК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Назначения |
| 30.09.08 | Жалобы на тяжесть в правом подреберье, сухость во рту, тошноту, слабость. Состояние средне-тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы желтые. Склеры иктеричные. Видимые слизистые желтые, влажные, чистые. Язык обложен белым налетом. Единичные телеангиоэктазии на груди. Пальмарная эритема. Пульс 58 уд/мин. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Отмечается болезненность в правом подреберье при пальпации. В остальных областях живот мягкий, безболезненный. Край печени плотноэластической консистенции, острый, выходит из-под края реберной дуги на 3 см, поверхность печени гладкая. Моча темная. Стул светлый, кашицеобразный - 1 раз в день. | Режим полупостельный # Диета № 5 # Щелочное питье # Tab. Ascorutini по 1 таблетки 3 раза в день # Sol. NaCl 0,9%-500,0 Sol. Acidi ascorbinici 5%-5,0 внутривенно капельно 1 раз в день. |
| 01.10.08  03.10.08 | Жалобы на тяжесть в правом подреберье, слабость, сухость во рту. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые желтые. Склеры иктеричные. Выявляются пальмарная эритема и единичные телеангиоэктазии на груди. Пульс 60 уд/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Край печени плотноэластической консистенции, острый, выходит из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Моча темно-желтая, стул светлый оформленный.  Жалобы на тяжесть в правом подреберье, слабость, сухость во рту. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые желтые. Склеры иктеричные. Выявляются пальмарная эритема и единичные телеангиоэктазии на груди. Пульс 60 уд/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Край печени плотноэластической консистенции, острый, выходит из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Моча темно-желтая, стул светлый оформленный. | Режим 1-2 # Диета № 5 # Щелочное питье # Tab. Ascorutini по 1 таблетки 3 раза в день # Sol. Glucosi 5%-500,0 Sol. Acidi ascorbinici 5%-5,0 внутривенно капельно 1 раз в день.  Режим полупостельный # Диета № 5 # Щелочное питье # Tab. Ascorutini по 1 таблетки 3 раза в день # Sol. Glucosi 5%-500,0 Sol. Acidi ascorbinici 5%-5,0 внутривенно капельно 1 раз в день. |

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Проведем дифференциацию между вирусным гепатитом и желтушной формой лептоспироза, так как при этих заболеваниях выявляется желтуха, болезненная увеличенная печень, высокая билирубинэмия. Но для лептоспироза важны данные эпидимиологического анамнеза: купание в загрязненных водоемах, контакт с животными где-то за 30 дней до заболевания, что больной отрицает. У него в эпидимиологическом анамнезе обращает на себя внимание лечение у стоматолога. 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 (отвращение к курению, ухудшение аппетита, нарушение аккомодации), артралгические - ломота в коленных суставах. С возникновением желтухи симптомы интоксикации при лептоспирозе уменьшаются. При вирусном гепатите В или С, наоборот - усиливаются, что мы и видим у больного: присоединение новых жалоб на головные боли, сухость во рту, тошноту. Но при лептоспирозе в желтушном периоде мы можем выявлять геморрагии и поражение почек (анурию, болезненность в поясничной области, протеинурию, азотэмию), чего мы не видим у больного. При объективном обследовании у него выявлены телеангиоэктазии и пальмарная эритема, что не часто встретишь при лептоспирозе. Для последнего не характерна и брадикардия, имеющаяся у больного и патогмоничная для гепатита. Окончательно отдеффиринцировать эти заболевания позволят лабораторные методы. В клиническом анализе крови при гепатите вирусной этиологии выявляем лейкопению, замедление СОЭ, может быть небольшой моноцитоз (такие же изменения у больного). 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, щелочная фосфатаза в пределах нормы, протромбиновый индекс значительно снижен, изменены белковоосадочные пробы, что дает еще один "плюс" в пользу вирусного гепатита. И, наконец, лабораторные исследования, направленные на выявление возбудителя (бактериологический, серологический) 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, посветление кала, 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 отличии 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 надпеченочной 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 больной чувствует тяжесть в правом подреберье (как данный больной). 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 увеличина, болезненна, плотноэластическая - что характерно для гепатита. В анализе крови отмечают увеличение СОЭ, лейкоцитоз (при остром холецистите в сочетании с холелитиазом). При гепатите и больного - лейкопения, СОЭ в норме или снижено. Никогда у больного механической желтухой при биохимическом исследовании не выявляется гипо- и диспротеинэмия, как это бывает при гепатитах, так как нарушается белковообразовательная функция печени и явно выявляется у пациента. Трансаминазы повышены очень незначительно при механической желтухи, а вот активность щелочной фосфатазы увеличена в несколько раз, белково-осадочные пробы не изменены. При гепатитах и у больного наоборот. Решающими в дифференциальной диагностики 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.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Учитывая жалобы больного: на головные боли, возникающие вечером, нарушения аккомодации, сухость во рту, на тяжесть в правом подреберье, слабость, потемнение мочи и просветление кала; учитывая сведения из истории заболевания, которые отражают цикличность заболевания (постепенное начало, наличие преджелтушного периода, протекающего по смешанному (астено-вегетативному и артралгическому) типу на протяжении 5 дней с умеренными симптомами интоксикации, последующий желтушный период с ухудшением самочувствия больного); учитывая эпидимиологический анамнез: лечение в марте этого года у стоматолога; особо обращая внимание на данные объективного обследования: выявление у больного при общем осмотре желтушности кожных покровов и видимых слизистых, иктеричности склер, единичных телеангиоэктазий в области груди, пальмарной эритемы, при исследовании сердечно-сосудистой системы выявление брадикардии, пониженного артериального давления, при исследовании пищеварительной системы обнаружение острого, ровного, плотноэластического, болезненного края печени, выходящего из под края реберной дуги на 3 см, гладкой поверхности печени, увеличения размеров печени по Курлову ( 13х10х8см ); и на данные лабораторных исследований: на нормальное СОЭ, лейкопению, умеренный моноцитоз в периферической крови, на выявление гиподиспротеинэмии с преобладанием гамма-глобулинов, высокого уровня общего билирубина, высокого повышения активности АлАТ и АсАТ, снижения сулемовой пробы и повышения тимоловой пробы, нормализацию протромбинового индекса при биохимическом исследовании крови, на наличие в моче уробилина и желчных пигментов, и наконец на обнаружение HBsAg при серологическом исследовании - мы можем с определенной точностью сказать, что у больного вирусный гепатит В. У больного имеется желтушность склер, видимых слизистых и кожных покровов - протекает с желтушностью. По биохимическим анализам повышения уровня АлАТ, АсАТ И Тимоловой пробы можно судить об преобладании цитолитического синдрома. А умеренные симптомы интоксикации (головные боли, сухость во рту, слабость, нарушение аккомодации), уровень билирубина свыше 200 мкмоль/л, значительное увеличение АлАТ и АсАТ, снижение сулемовой пробы до 1,5 и нормализацию протромбинового индекса позволяет поставить больному тяжелую форму течения заболевания.

**Клинический диагноз:** Вирусный гепатит В, с желтушностью с преобладанием цитолитического синдрома, тяжелое течение.

**ПРОГНОЗ**

Прогноз для жизни в целом благоприятный. Самый частый исход острого вирусного гепатита «В» - выздоровление, но также может произойти хронизация процесса.

При соблюдении рекомендаций врача по режиму питания, образу жизни и медикаментозному лечению прогноз для работоспособности и выздоровления благоприятный. Через 4-6 недель после выписки из стационара больной может приступить к работе.

**ПРОФИЛАКТИКА**

Нейтрализация источников инфекции.

Ранняя диагностика, госпитализация и лечение больных. Обследованию подлежат все лица, находившиеся с ними в близком (семейном) контакте. Люди, имеющие HBsAg, не могут работать в службе крови – станциях и отделениях переливания крови и т.п.

Пресечение путей передачи парентерального инфицирования включает 5 основных групп мероприятий:

Предупреждение «шприцевого» гепатита; т.е. широкое применение медицинского инструментария одноразового пользования; строгий контроль за предстерилизационной обработкой и стерилизацией медицинского инструментария многоразового использования (шприцы, иглы, канюли, катетеры, зонды, микропипетки, хирургический инструментарий и др.) во всех централизованных стерилизационных отделениях. Ограничение медицинских парентеральных манипуляций, назначение их строго по показаниям.

Предупреждение посттрансфузионного гепатита: строгое соблюдение установленных правил отбора доноров крови, органов, спермы. К донорству не допускаются лица, страдающие хроническими гепатитами и перенесшие в прошлом острый гепатит, а также лица, находившиеся в контакте с больными гепатитом на протяжение последних 6 месяцев, получавшие переливания крови или ее препараты (последние два года), страдающие наркоманией, алкоголизмом. Кровь из одной ампулы не разрешается переливать разным реципиентам.

Предупреждение гепатита в отделениях повышенного риска заражения: стационары, где используют аппаратуру с экстракорпоральной циркуляцией крови («искусственная почка», АИК и др.); центры сердечно – сосудистой хирургии, реанимационные блоки, отделения интенсивной терапии, ожоговых центров, онкологических стационарах, гематологических отделениях, где широко используются парентеральные манипуляции (стернальные пункции, трепанобиопсия, повторные анализы крови). Во всех этих отделениях нужно проводить контроль маркеров гепатитов и максимально использовать одноразовый инструментарий.

Предупреждение риска профессиональных заражений, т.е. у всех работников, работающих с кровью, у всех работников трансплантационных центров, центров сердечно – сосудистой хирургии каждые 6 месяцев проводиться обязательная индикация маркеров гепатитов. Лица, у которых обнаруживают маркеры, отстраняются от работы. Всю работу они должны выполнять по правилам.

Прерывания естественных путей передачи, - представляет наиболее сложное направление профилактики парентеральных гепатитов и требует активной работы в семейных очагах, школах, молодежных коллективах, воинских частях. Важное значение приобретает санитарно – просветительная работа, пропаганда знаний о механизме заражения, естественных путях передачи и мерах защиты.

А также проводится повышение невосприимчивости населения, т.е.:

Активная иммунизация:

Плазменные вакцины (высокоочищенный HBsAg, получаемый из крови хронических носителей). Доза до 20 мкг, внутримышечно (в дельтовидную мышцу на плече) – трехкратное введение через 1 – 6 (или через 2) месяцев. Ревакцинация через 5 лет.

Генно-инженерные рекомбинантные вакцины (получают из дрожжевых клеток, экспрессирующих HBsAg). Дозы и схема та же, что и у плазменной. Можно проводить также ускоренную программу вакцинации – трехкратное введение вакцины через 0, 7 и 21 день.

Пассивная иммунизация: иммуноглобулин В (IgHB) (получают из плазмы переболевших гепатитом «В»; содержит высокий титр анти – HBs – 1/100000 и выше – при полном отсутствии HBsAg). Вводят внутримышечно – взрослым 3-5 мл (0,06 мл/кг), новорожденным – 0,5 мл.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

В большинстве случаев гепатит А завершается спонтанным выздоровлением, больные не нуждаются в активных лечебных мероприятиях. Обычно больным необходимо создать условия, обеспечивающие минимальную нагрузку на функцию печени и способствующие самоизлечению. При вирусной гепатите А применяют патогенетическую терапию. В комплексе патогенетической терапии принято разграничивать базисную (безлекарственную) и неспецифическую лекарственную.

1.Базисная терапия:

1) Охранительный режим. Постельный режим на период разгара болезни. Соблюдение постельного режима способствует ускорению и завершению репаративных процессов печени.

2) Лечебное питание. Стол №5. Диета должна быть щадящей, калорийной и содержать белков-90-100 гр, жиров-80 гр, углевдов-350-400 гр, при общей калорийности до 3000 ккал в день. Потребность в витаминах должна обеспечиваться за счет натуральных пищеварительных продуктов (С- 100 мг, В-1-4 мг., РР-15 мг, А-2-4 мг), химические элементы (железо-15 мг, фосфор-1,6 г , кальций-0,8 г , магний- 0,5 г) и обязательно должна содержать легко эмульгируемыежиры (30-40 г сливочного масла в день). Жареные блюда исключаются, т.к. они содержат потенциально токсичные продукты неполного разложения жира (альдегиды, акролеин.) Не рекомендуется мясные супы, богатые экстрактивными веществами. Супы готовят вегетарианские с овощами, крупами, молочные, фруктовые.Из мясных продуктов исключают свинину, баранину, мясные консервы. Из птицы исключают гуся, утку, жирную курицу. Из молочных продуктов рекомендуется творог (лучше обезжиренный), кефир, простокваша, ацидофильное молоко, неострые сыры. Овощи с высоким содержанием клетчатки (морковь, капуста. Свекла) подаются в протертом виде.

3) Рекомендуется обильное питье 2-3 литра в сутки (щелочные минеральные воды, чай, соки, кисели.)

4) Ежедневное опорожнение кишечника.

2. Дезинтоксикационная терапия:

1) Аевит 1х3 р в день.

2) S.Glucosae 5%-500,0 в/в капельно.

3) S.Ringer 400,0 в/в капельно.

**ЭПИКРИЗ**

Больной поступил в больницу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на 5-й день болезни, 2-й день желтухи с жалобами на тяжесть в правом подреберье, слабость, нарушение аккомодации, потемнение мочи, посветление кала, пожелтение кожных покровов, с предварительным диагнозом: "Вирусный гепатит" в состоянии средней тяжести. В больнице при нарастании желтухи самочувствие больного ухудшалось. Больной был обследован и ему были проведены лабораторные исследования (клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, серологическое исследование). При этом выяснено, что больной 7 месяца назад лечился у стоматолога - подтверждение эпидемиологии, выявлены желтушность кожных покровов и видимых слизистых, иктеричность склер, единичные телеангиоэктазии в области груди, пальмарная эритема, брадикардия, гипотония, острый, ровный, плотноэластический, болезненный край печени, выходящий из под края реберной дуги на 3 см, лейкопения, умеренный моноцитоз, гиподиспротеинэмия с преобладанием гамма-глобулинов, высокий уровень общего билирубина-247 мкмоль/л, повышение активности АлАТ-6182 ЕД/л, снижение сулемовой пробы-1,5 и повышение тимоловой пробы-11,6, снижение протромбинового индекса до 520%, наличие в моче уробилина и желчных пигментов, HBsAg при серологическом исследовании, что позволило подтвердить и уточнить диагноз вирусного гепатита В, тяжелое течение. Больному было назначено лечение: диетотерапия, щелочное питье, аскорутин, внутривенное капельное введение глюкозы с витаминами. На фоне лечения самочувствие больного улучшилось: уменьшились симптомы интоксикации. Больной будет выписан из стационара при нормализации биохимических показателей. Больному рекомендовано наблюдение у врача-инфекциониста в поликлиники минимум 6 месяцев и соблюдение диеты с исключением алкоголя, острого, жирного, жаренного.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА:**

1. «Вирусные гепатиты». Учебное пособие под редакцией В.М. Гранитова. – Барнаул 2001 год.
2. «Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения». Издание 2002 года.
3. Заслуженный деятель науки РФ, академик МАН, руководитель федерального гастроэнтерологического центра, главный гастроэнтеролог МЗ РФ, профессор П.Я. Григорьев.
4. Зав. кафедрой гастроэнтерологии ФУВ РГМУ, доктор медицинских наук, профессор Э.П. Яковенко.
5. Доктор медицинских наук, профессор А.И. Щукин.
6. Кандидаты медицинских наук: Н.А. Агафонова, А.С. Прянишников, Б.А. Шлевков, Л.А. Гусейнова, А.В. Яковенко.
7. Рецензенты – профессора: А.С. Мелентьев, П.Х. Джанашия, Ю.В. Васильев, А.А. Ильченко, А.И. Парфенов.
8. «Основы клинической гастроэнтерологии» Лычев В.Г. Издательство НГМА 2000. Н. Новгород.
9. «Рекомендации по диспансеризации больных с заболеваниями органов пищеварения в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях) РФ у врача терапевта или врача гастроэнтеролога» Главный гастроэнтеролог МЗ РФ профессор Григорьев П.Я., зав. Кафедрой гастроэнтерологии ФУВ РГМУ профессор Яковенко Э.П.
10. «Лекции по инфекционным болезням» 2-ой том. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Москва ВУНМЦ 1999.