# **ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

## Ф.И.О..

## Дата рождения: 28.08.1976.

## Пол: мужской.

## Возраст: 30 лет.

## Семейное положение: в браке не состоит.

## Место жительства: ул.Димитрова 5/2.

## Профессия: слесарь.

## Место работы: не работает.

## Дата госпитализации: 29.08.2006.

## Дата начала курации:12.09.2006.

## Дата окончания курации:15.09.2006.

## Диагноз при поступлении: Вирусный гепатит.

## Клинический диагноз: Вирусный гепатит В, желтушная форма с холестатическим компонентом, средней степени тяжести.

## **ЖАЛОБЫ**

## Жалобы при поступлении: на интенсивные боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи, головную боль чаще возникающую к вечеру, снижение аппетита, тошноту, слабость, потемнение мочи, желтушность склер и кожных покровов.

## Жалобы на момент курации: на умеренные боли в эпигастральной области и правом подреберье, желтушность склер и кожных покровов, головокружение, снижение аппетита, незначительную слабость.

# **АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

## Считает себя больным с 25 августа 2006 года, когда появилось незначительное ухудшение аппетита, появилось чувство тяжести в правом подреберье, недомогание, заметил потемнение мочи. 27 августа обратил внимание на желтушность склер и незначительное пожелтение кожных покровов, усилились боли в правом подреберье. 29 августа желтушность кожи и склер усилилась, боли в правом подреберье стали очень интенсивными и больной принял таблетку но-шпа. Боль немного стихла но через некоторое время усилилась вновь. В связи с этим больной вызвал скорую помощь и был госпитализирован в инфекционное отделение Городской больницы №5 с диагнозом: «вирусный гепатит» для дальнейшего обследования и лечения.

# **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

## Больной проживает в частном доме совместно с родителями. Санитарно-эпидемиологическая обстановка удовлетворительная. Водоснабжение центральное, центральной канализации нет, отопление печное. Больной не имеет постоянного места работы, время от времени подрабатывает разнорабочим. Всвязи с этим часто не имеет возможности для соблюдения гигиенических навыков, регулярного питания, пьёт сырую воду. Венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, инъекции не производились, оперативных вмешательств не было, стоматолога не посещал. Контакт с инфекционными больными отрицает, родственники здоровы. Больной в течении 8-9лет не регулярно употребляет в/в наркотические вещества. При употреблении наркотиков были случаи неоднократного использования игл и шприцов. Контактов с животными не имел.

# **ANAMNESIS VITAE**

## Родился в 1976 году в городе Барнауле 1-м ребенком. Физически и интеллектуально развивался нормально, от сверстников не отставал. С 7-ми лет пошел в школу. Учился удовлетворительно. По окончании школы учился в техникуме, после окончания которого служил в армии. Был участником боевых действий в Чечне. После службы работал по специальности. Сейчас не имеет постоянного места работы. Материальное обеспечение удовлетворительное, питание не регулярное. Алкоголем не злоупотребляет, наркотики начал употреблять 8-9 лет назад. Употребляет преимущественно в/в наркотики. Туберкулез, сифилис, нервно-психические заболевания отрицает. Родители здоровы. Перенесённые заболевания: ОРВИ, ангины. В 15 лет был перелом предплечья. Наследственность не отягощена. Аллергическими заболеваниями и пищевой непереносимостью не страдает.

# **НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ**

## Общее состояние больного удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное. Выражение лица обычное. Больной бодр, общителен. Телосложение правильное. Конституция нормостеническая. Рост 178 см, вес 76 кг. Питание удовлетворительное. Температура тела 36,8° С.

## Кожные покровы желтые, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Воспалительных процессов на коже нет. Сыпи, кровоизлияний, расчёсов, шелушений, пролежней, рубцов не обнаружено. Склеры глаз и видимые слизистые иктеричные, геморагических проявлений нет. Волосяной покров равномерный, симметричный, оволосенение по мужскому типу.

## Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно, толщина складки на уровне пупка 1,5 см. Отеков нет. Подкожной эмфиземы, целлюлита нет.

## Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, овальной формы, упругой консистенции, подвижны, между собой и окружающими тканями не спаяны.

## Костно-суставной аппарат без деформаций. Мышечный слой выражен удовлетворительно. Атрофии, припухлости, ригидности мышц нет, при пальпации безболезненны. Кости правильной формы, безболезненны. Конфигурация суставов не нарушена, объём активных и пассивных движений сохранён, болей при движениях и в покое нет.

# **СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

# **Осмотр**

## Число дыхательных движений 18 в минуту. Дыхание через нос, свободное, ритмичное. Тип дыхания- брюшной. Одышки нет. Выделений из носа, корок в носовых ходах нет. Носовые кровотечения отсутствуют. Зев с миндалинами нормальной окраски, пробок, налётов, изъязвлений нет. Голос обычный. Явлений стеноза гортани не обнаружено. Форма грудной клетки правильная, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Деформаций нет.

# **Пальпация**

## Грудная клетка эластичная, безболезненная. Ключицы и лопатки симметричны. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются. Голосовое дрожание проводится одинаково на симметричных участках, не изменено.

# **Перкуссия**

## Сравнительная перкуссия:

## Над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук.

## Топографическая перкуссия.

## Нижние границы правого легкого:

## l. parasternalis- 5 м/р

## l. medioclavicularis- 6 м/р

## l. axillaris anterior- 7 м/р

## l. axillaris media- 8 м/р

## l. axillaris posterior- 9 м/р

## l. scapuiaris- 10 м/р

## l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Нижние границы левого легкого:

## l. parasternalis- -------

## l. medioclavicularis- -------

## l. axillaris anterior- 7 м/р

## l. axillaris media- 9 м/р

## l. axillaris posterior- 9 м/р

## l. scapuiaris- 10 м/р

## 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: 4 см

## Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии: 4 см

# **Аускультация**

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

# **СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

# **Осмотр**

## Сердечный горб отсутствует. Патологической пульсации в области сердца и периферических сосудов нет. Пульсации в эпигастральной области и ярёмной ямке нет. Верхушечный толчок визуально не определяется.

# **Пальпация**

## Пульс симметричный, частотой 66 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 0.5см кнутри от среднеключичной линии, площадью 2\*3 см, высокий. Сердечный толчок не определяется.

# **Перкуссия**

## Границы относительной сердечной тупости:

## Правая-в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины

## Верхняя-на уровне 3-го м/р 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 м/р

## Левая-на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости.

## Сосудистый пучок 5 см.

# **Аускультация**

## Тоны сердца ритмичные, ясные. Шумов нет. Артериальное давление 130/70 мм рт. ст.

# **СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

# **Осмотр**

## Полсть рта: язык влажный, обложен белым налётом. Налётов и изъязвлений на слизистой ротоглотки нет. Больной свободно открывает рот. Зубы и десны здоровы. Запаха изо рта нет.

## Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, не увеличен. Видимая перистальтика не определяется. Выбуханий, венозных коллатералей нет. Стул оформлен.

# **Пальпация**

## Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный при пальпации в области правого подреберья и эпигастральной области. Опухолевых образований и грыж нет. Симптомы Щеткина-Блюмберга и Падалка отрицательны.

## Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 2,5 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. При пальпации восходящей и нисходящей кишки болезненности не отмечается, урчания нет, подвижны. Поперечно-ободочная кишка пальпируется на 1см выше пупка, ширина 1.5см, безболезненна, подвижна. Желудок, поджелудочная железа, селезенка не пальпируются.

## Нижний край печени острый, ровный, плотноэластичный, болезненный, выходит из под края реберной дуги на 2 см; Поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, Френикус - отрицательные.

# **Перкуссия**

## Размеры печени по Курлову: по правой седнеключичной линии 12 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.

# **МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА**

## Мочеиспускание произвольное, безболезненное, частота 5-7 раз в сутки. В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

## Эрозии, язвы, папулы, кондиломы на половых органах отсутствуют. Болей, выделений из половых путей нет.

# **НЕРВНАЯ СИСТЕМА**

## Сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей. Глоточный, брюшной , сухожильный, периостальные рефлексы сохранены. Симптомы Кернига, Россолимо, Брудзинского отрицательные. Дермографизм белый, не стойкий. Глазное яблоко, состояние зрачков и зрачковые рефлексы в норме,D=S. Острота зрения и слуха не изменены. Признаков эндокринных расстройств нет.

# **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

## На основании жалоб больного на боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи, головную боль чаще возникающую к вечеру, снижение аппетита, тошноту, слабость, потемнение мочи, желтушность склер и кожных покровов, данных анамнеза болезни, которые отражают характерное развитие заболевания с цикличностью: постепенное начало, наличие преджелтушного периода, протекающего по смешанному (астено-вегетативному- раздражительность, головная боль, общая слабость и , диспептическому - ухудшение аппетита, тошнота, чувство тяжести в правом подреберье) типу, с симптомами интоксикации, последующего желтушного периода, причем при появлении желтухи самочувствие больного ухудшается. Эпидемиологического анамнеза: больной является наркоманом и не исключается возможность нахождения его в кругу инфекционных больных. Данных объективного обследования: выявление иктеричности склер, желтушности видимых слизистых и кожных покровов, обложенного белым налетом языка, болезненности при пальпации правого подреберья, увеличения размеров печени на 2 см, ее болезненности при пальпации, можно заподозрить вирусный гепатит у больного, а смешанный характер преджелтушного периода, нарастание тяжести состояния после появление желтухи позволяют думать о вирусном гепатите с парэнтеральным механизмом зааражения (В, С, Д).

# **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

## Общеклинические исследования:

1. Общий анализ крови с формулой. (лейкопения, лимфоцитоз.)
2. Общий анализ мочи.
3. Анализ кала на яйца глистов и простейших.
4. Кровь на RW.
5. Кровь на ВИЧ.

Исследования для подтверждения предварительного диагноза:

1.Биохимический анализ крови. (увеличение уровня связанного билирубина, активности трансфераз, показателя тимоловой пробы)

2.Биохимический анализ мочи. (желчные пигменты и уробилин).

3.УЗИ органов брюшной полости.

4.Вирусологическое исследование (ИФА). Исследование на маркеры вирусных гепатитов

# **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

1. Общий анализ крови с формулой.(30.08.2006)

Эритроциты- 4,8х10^12/л

Hb- 160 г/л

Лейкоциты- 5.3\*10/л

Эозинофилы-3

палочкоядерные- 2

сегментоядерные- 66

Лимфоцитов- 24

Моноцитов- 5

CОЭ- 6 мм/ч

2.Кровь на RW (30.08.2006): отр.

3.Общий анализ мочи (30.08.2006):

Цвет: жёлтый.

Реакция: кислая.

Белок: отр.

Удельный вес: 1010.

Лейкоциты: 1-2 в поле зрения.

Эпителий плоский: 3 в поле зрения.

4.Биохимический анализ крови (30.08.2006):

Билирубин общ.:70

Билирубин непр.:32

Билирубин прям.:38

Тимоловая проба 8.0

АЛАТ 3.69

АСАТ 1.96

ПТИ 90%

5.Кал на яйца глистов (30.08.2006): отр.

6.ИФА (31.08.2006): НвsAg-положительный.

7.УЗИ (4.09.2006): Заключение: Диффузные изменения структуры печени. Увеличение печени.

8.Корвь на ВИЧ (7.09.2006):отр.

9.Биохимический анализ крови (7.09.2006):

Билирубин общ.:48

Билирубин непр.:24

Билирубин прям.:24

Тимоловая проба 5.0

АЛАТ 4.55

АСАТ 2.05

10. Биохимический анализ крови (12.09.2006):

Билирубин общ.:196

Билирубин непр.:66

Билирубин прям.:130

Тимоловая проба 6.4

АЛАТ 2.7

АСАТ 1.9

ПТИ 68%

Щелочная фосфотаза: 360

# **ДНЕВНИК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Назначения |
| 13.09. 2006г. | Жалобы на боли в правом подреберье и эпигастральной области. Головокружение. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы желтые. Склеры иктеричные. Видимые слизистые желтые, влажные, чистые. Язык обложен белым налетом. Пульс 64 уд/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. 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 2 см, поверхность печени гладкая. Моча темная. Стул оформленный. | 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. |
| 14.09.2006г.  15.09.2006 | Жалобы на незначительную слабость. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые желтые. Склеры иктеричные. Пульс 66 уд/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастральной области. Край печени плотноэластической консистенции, острый, выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. Моча темно-желтая, стул оформленный.  Жалобы на незначительную слабость. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые желтые, нормальной влажности, склеры иктеричны, язык влажный, обложен белым налетом, тоны сердца ясные, пульс 63 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, АД 130/80 . Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Край печени плотноэластической консистенции, острый, выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. Моча желтая, стул самостоятельный, оформленный. | 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.  ЛЕЧЕНИЕ ПРОДОЛЖАЕТ |

# **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

## Важен дифференциальный диагноз острого вирусного гепатита В с другими вирусными инфекциями, протекающими с поражениями печени. В отличии от вирусных гепатитов они характеризуются развитием системных заболеваний с вовлечением в инфекционный процесс не только печени , но и других органов и систем. (Инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная инфекция).

## Инфекционный мононуклеоз – острое вирусное заболевание, характеризующаяся лихорадкой, поражением зева, лимфатических узлов печени и селезенки . Лихорадка чаще неправильного или ремиттирующего типа, возможны и другие варианты. Температура тела повышается до 39-39 градусов. Продолжительность лихорадочного периода колеблется от 4 дней до 1 месяца. Лимфаденопатия наиболее постоянный симптом заболевания. Раньше других увеличиваются лимфатические узлы находящиеся под углом нижней челюсти, за ухом и сосцевидным отростком. С первых дней заболевания развивается поражение зева, которое отличается своеобразием и клиническим полиморфизмом. При инфекционном мононуклеозе печень и селезенка увеличиваются. У части больных отмечается нарушение функции печени: легкая иктеричность кожи, склер, небольшое увеличение активности аминотрансфераз, содержание билирубина, активность щелочной фосфотазы, повышение тимоловой пробы.

## При генерализованых формах цитомегаловирусной инфекции может поражаться печень. При этом встречается цитомегаловирусный гепатит с характерными клинико-биохимическими симптомами. Которые регрессируют быстро, буквально в течение недели. Следует учитывать, что генерализованая форма развивается, как правило, у детей до 3 месяцев жизни и у иммунонекомпетентных лиц (под влиянием цитостатиков,у больных со злокачественными опухолями, после трансплантации, у больных первичными и вторичными иммунодефицитами).

## Вирусный гепатит следует дифференцировать от механических желтух:

## 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.

## 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.

## 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.

## 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.

# **ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

## Учитывая жалобы больного: на боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи, головную боль чаще возникающую к вечеру, снижение аппетита, тошноту, слабость, потемнение мочи, желтушность склер и кожных покровов, анамнез заболевания: постепенное начало, наличие преджелтушного периода, протекающего по смешанному (астено-вегетативному- раздражительность, головная боль, общая слабость и , диспептическому - ухудшение аппетита, тошнота, чувство тяжести в правом подреберье) типу, с симптомами интоксикации, последующего желтушного периода, причем при появлении желтухи самочувствие больного ухудшается. Эпидемиологического анамнеза: больной является наркоманом (употребляет в/в наркотические препараты в течение 8-9 лет). Данных объективного обследования: выявление у больного при общем осмотре желтушности кожных покровов и видимых слизистых, иктеричности склер, при исследовании пищеварительной системы обнаружение острого, ровного, плотноэластического, болезненного края печени, выходящего из под края реберной дуги на 2 см, увеличения размеров печени по Курлову ( 12х10х8см ); и на данные лабораторных исследований: высокого уровня общего билирубина, повышения активности АлАТ и повышения тимоловой пробы, увеличение протромбинового индекса при биохимическом исследовании крови и наконец, на обнаружение HBsAg при серологическом исследовании - мы можем с определенной точностью сказать, что у больного вирусный гепатит В. Учитывая умеренные симптомы интоксикации (головные боли, слабость), высокий уровень билирубина, Ферментов, наличие желтушности кожных покровов и склер, потемнение мочи можно поставить больному диагноз: Вирусный гепатит В, желтушная форма с холестатическим компонентом, средней степени тяжести.

## **ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

## 1.Базисная терапия.

## Основными компонентами базисной терапии является создание охранительного режима и адекватное лечебное питание. Диета должна быть смешанная, с правильно сбалансированным полноценным составом белков, жиров и углеводов, удовлетворяющим физиологическим потребностям организма. Больным вирусным гепатитом назначают стол №5.

## Этиотропная терапия.

## Основную роль в этиотропной терапии вирусных гепатитов с парентеральным механизмом заражения играют интерфероны. На практике чаще всего используют рекомбинантные интерфероны. К ним относятся: роферон, реальдирон, интрон А, реоферон, виферон и др.

## 3.Дезинтоксикационная терапия.

## Используют капельные инфузии изотонических растворов: 5%раствор глюкозы, полиионных буферных растворов, гемодеза, реополиглюкина.

## 4.Пи холестатических формах гепатита целесообразно применение жирорастворимых витаминов А и Е. Может быть использован «Аевит», содержащий оба витамина. Для ускорения нормализации метаболических нарушений применяется рибоксин.

## 5.Диспансерное наблюдение за переболевшим.

## **ПРОФИЛАКТИКА**

## 1.Нейтрализация источников инфекции.

## Важнейшим направлением является ранняя диагностика, госпитализация и лечение больных острыми гепатитами В, С, Д

## 2.Пересечение путей передач.

## Предупреждение так называемого «шприцевого» гепатита. Предупреждение посттрансфузионного гепатита. Предупреждение заражения в отделениях повышенного риска, предупреждение профессиональных заражений, прерывание естественных путей передачи.

## 3.Повышение невосприимчивости населения.

## Для повышения невосприимчивости населения могут быть использованы методы активной и пассивной иммунизации.

# **ПРОГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

## Прогноз для жизни относительно благоприятный, так как уже есть диффузные изменения печеночной ткани. Учитывая возраст больного (30 лет), средне-тяжелую форму заболевания, поддающуюся терапии, удовлетворительные бытовые условия, можно сказать, что процесс может полностью регрессировать, вплоть до полного клинического выздоровления больного, но у него имеется пристрастие к наркотическим веществам, что ставит под большой вопрос его выздоровление. Также гепатит В, часто может переходить в хронические формы, с развитием в дальнейшем цирроза печени, при влиянии неблагоприятных факторов (дальнейшее употребление наркотиков, курение, несоблюдение диеты, употребление алкоголя даже в небольших количествах).

# **ЭПИКРИЗ**

## Больной поступил в больницу 29 августа 2006 года на 5-й день болезни, с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи, головную боль чаще возникающую к вечеру, снижение аппетита, тошноту, слабость, потемнение мочи, желтушность склер и кожных покровов, был поставлен предварительный диагноз: "Вирусный гепатит" 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 в течении 8-9 лет употребляет в/в наркотики- подтверждение эпидемиологии, выявлены желтушность кожных покровов и видимых слизистых, иктеричность склер, высокий уровень общего билирубина, повышение активности, повышение тимоловой пробы, увеличение протромбинового индекса, наличие в моче уробилина и желчных пигментов, HBsAg при серологическом исследовании, что позволило подтвердить и уточнить диагноз вирусного гепатита В, желтушная форма с холестатическим компонентом средней степени тяжести. Больному было назначено лечение: диетотерапия, щелочное питье, аскорутин, кортикостеройды, внутривенное капельное введение глюкозы с витаминами. На фоне лечения самочувствие больного улучшилось: уменьшились симптомы интоксикации и желтуха. Больной будет выписан из стационара при нормализации биохимических показателей.