Омская государственная медицинская академия

Кафедра инфекционных заболеваний

Зав. кафедрой – проф. Сафонов А.Д.

Ассистент – Навроцкий А.Н.

**История болезни**

*К-ва Андрея Ивановича (40 лет)*

**Куратор** Киреев А.С.

Педиатрический факультет

628 группа

## ОМСК – 2003

# Общие сведения.

1. ФИО: *К-ов Андрей Иванович*
2. Дата поступления в клинику: *04.01.2003*
3. Возраст: *40 лет*
4. Пол: *мужской*
5. Место работы:
6. Место жительства: *Омск*
7. Дата заболевания: *30.12.2002*
8. Диагноз при поступлении в клинику: *Вирусный гепатит*
9. Клинический диагноз:

основное заболевание: *Вирусный гепатит*

сопутствующие заболевания: *Мочекаменная болезнь*

10. Окончательный диагноз: *Вирусный гепатит А*

# 04.01.2003

# Жалобы на момент поступления

Слабость, недомогание, головная боль, ломота в костях и суставах, снижение аппетита, тянущие боли в левом подреберье, желтушность кожи и склер, повышение температуры тела, потемнение мочи.

**Жалобы на момент курации**

Сохраняется слабость, головная боль, желтушность кожи и склер. Больной отмечает обесцвечивание кала, потемнение мочи.

# Anamnesis morbi

Считает себя больным с 30 декабря 2002 года. Заболевание развивалось постепенно, появилась слабость, недомогание, повысилась температура до 37,5º, появились тянущие боли в левом подреберье. 31 декабря состояние постепенно ухудшалось, появилась ломота в костях и суставах. По рекомендации жены (она медработник) больной принял «Колдрекс», «Макропен». В Новый год больной алкоголя практически не употреблял (фужер сухого вина). 1 января состояние сохранилось. Больной отметил потемнение мочи, однако связал это с проявлением мочекаменной болезни, которой страдает с 1998 года.

2 января состояние сохранялось, по знакомству была сделана рентгенограмма органов грудной клетки, однако, со слов больного, на снимке патологии выявлено не было. 3 января состояние оставалось без изменений, больной продолжал принимать «Макропен». 4 января жена обратила внимание на желтую окраску кожи и склер у больного, что и послужило основанием для обращения в инфекционную больницу №1.

# Anamnesis vitae

Родился в Московской области. Материально-бытовые условия были нормальными, болел редко, в основном простудными заболеваниями. Закончил 10 классов школы, служил в Эстонии, в ракетных войсках.

Условия труда и быта в последний период жизни удовлетворительные, питание удовлетворительное. Проживает в частном доме.

В 1998 году был поставлен диагноз «Мочекаменная болезнь», по поводу чего находился на лечении в стационаре. Венерические болезни, вирусный гепатит, туберкулёз отрицает. Гемотрансфузий не было. Травм и операций не было.

Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

Курит с 18 лет по полпачки в день. Алкоголем не злоупотребляет.

**Эпидемиологический анамнез**

Контакт с больными на работе отрицает. Половой путь передачи исключает. В доме проживает дочь больного 16 лет, которая около 8 лет страдает хроническим гепатитом В. Периодически (раз в полгода) девушке проводится биохимическое обследование крови. Последнее обследование (в начале декабря 2002 года) показало повышение активности трансаминаз АлАТ и АсАТ, что послужило основанием для госпитализации девушки. Посуда у всех членов семьи индивидуальная, зубные щетки находятся раздельно. Питьевую воду набирают на колонке. Личную гигиену больной соблюдает.

В последнее время больной территорию Омской области не покидал. Речную рыбу из Иртыша в пищу не употребляет.

# Status praesens

Состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное, телосложение правильное, рост средний, тип конституции – нормостенический, походка бодрая, осанка правильная.

Кожные покровы субэктеричны, особенно кожа ладоней, обычной влажности, тургор кожи сохранен. Отмечается интенсивное желтушное прокрашивание склер.

Мышцы нормотрофичны, развиты симметрично, при пальпации безболезненны.

Пальпируются лимфоузлы в подмышечных впадинах и подчелюстные, не увеличены (размером 0,5–1 см), овальной формы, гладкие, подвижные, безболезненны.

*Исследование органов кровообращения*.

При осмотре области сердца деформаций грудной клетки нет. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая – V межреберье у правого края грудины, левая – совпадает с верхушечным толчком, V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Сердечные и внесердечные шумы не прослушиваются.

Пульс на лучевых артериях одинаковый, ритмичный, напряжённый, частота – 84 в минуту. Сосудистая стенка гладкая, эластичная. АД 130/80.

*Исследование органов дыхания*.

Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – смешанный, глубина средняя, частота – 18 в минуту, ритм правильный. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковой силы. При сравнительной перкуссии одинаковый лёгочный звук с двух сторон.

При аускультации лёгких на симметричных участках определяется везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет.

*Исследование органов пищеварения*.

Полость рта: губы розовые, высыпаний, трещин нет, дёсна розовые. Язык не увеличен, умеренно влажный, покрыт желтоватым налётом.

Живот при осмотре не увеличен, овальной формы, симметричный. Рубцов и грыжевых выпячиваний нет.

При пальпации живот мягкий, безболезненный.

Печень при пальпации мягкой консистенции, гладкая, эластичная, край слегка закруглён, ровный, выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см.

Поджелудочная железа не пальпируется. Селезёнка перкуторно 5×8 см, не пальпируется.

Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

*Исследование почек, мочевого пузыря*.

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеточники не пальпируются. Мочевой пузырь не выступает над лоном, не пальпируется. Физиологические отправления без изменений.

**Предварительный диагноз**

Исходя из жалоб, данных анамнеза, эпидемиологического анамнеза, данных объективного обследования предположительный диагноз – **«Вирусный гепатит В»**.

# План обследования

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови
4. Выявление маркеров гепатита методом ИФА - анти-HAV IgM, HBsAg, анти-HBsAg, анти-HBc, HBeAg, анти-HBe

##### Лабораторные данные

**RW** отрицательно от 4.01.2003

**Общий анализ крови (04.01.2003)**

Гемоглобин 162 г/л

Эритроциты.. 4,22×1012/л

Лейкоциты 4,1×109/л

СОЭ 10 мм/ч

Тромбоциты...202,6×109/л

###### Лейкоцитарная формула

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Базофилы | Эозинофилы | Нейтрофилы | | | | Лимфоциты | Моноциты |
| Миело­циты | Юные | Палочко­ядерные | Сегменто­ядерные |
| Границы | 0-1 | 2-4 |  | 0-3 | 3-5 | 51-67 | 20-25 | 4-8 |
| Найдено при исследовании |  | **1** |  |  | **2** | **42** | **38** | **17** |

**Общий анализ мочи (04.01.2003)**

Цвет – коричневая

Прозрачность – прозрачная

Реакция – кислая

Плотность – 1019

Белок - 0.033 г/л

Сахар отрицательная

Билирубин резкоположительная

*При микроскопическом исследовании:*

Эпителиальные клетки – 1-1 в поле зрения

Лейкоциты – 0-1-2 в поле зрения

Оксалаты - ++

**Биохимическое исследование крови (06.01.2003)**

Билирубин общий - 120,5 мкмоль/л

Билирубин прямой - 87,4 мкмоль/л

Билирубин непрямой- 33,1 мкмоль/л

Тимоловая проба- 3,1

АлАТ - 6,92 мкмоль/ч×л

АсАТ 4,1 мкмоль/ч×л

**ИФА на маркеры гепатитов (10.01.2003)**

Анти-HAV IgM – обнаружены

HBsAg - не обнаружены

Анти-HBsAg - не обнаружены

Анти-HBc - не обнаружены

HBeAg - не обнаружены

Анти-HBe - не обнаружены

**Клинический диагноз: Вирусный гепатит А.**

Обоснование диагноза

# В пользу диагноза «Вирусный гепатит А» говорят такие факты как:

* жалобы на слабость, недомогание, головная боль, ломота в костях и суставах, снижение аппетита, желтушность кожи и склер, повышение температуры тела, потемнение мочи, обесцвечивание кала;
* постепенное развитие заболевания, короткий преджелтушный период с гриппоподобным и астеновегетативным вариантами клинических проявлений;
* интенсивное прокрашивание кожи и слизистых в желтый цвет;
* лабораторные данные – коричневый цвет мочи, резкоположительная реакция мочи на билирубин, повышение уровня билирубина в биохимическом анализе крови, повышение активности трансаминаз АлАТ и АсАТ.
* обнаружение анти-HAV IgM в крови

**Дифференциальный диагноз**

В процессе распознавания безжелтушных или начального периода желтушных форм вирусного гепатита должна проводиться дифференциальная диагностика с гриппом (ОРЗ), острыми кишечными инфекциями (гастрит, гастроэнтерит, гастроэнтероколит), полиатритом ревматической или иной природы.

В желтушном периоде заболевания дифференциальный диагноз осуществляют в первую очередь с другими инфекциями, при которых поражается печень (лептоспироз, псевдотуберкулез, инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная и герпетическая инфекции, малярия; редко — гепатиты, вызываемые грамположительными кокками, грамотрицательными бактериями и др.). В этих случаях гепатиты рассматривают как одно из проявлений основного заболевания, при успешном лечении которого признаки поражения печени исчезают.

Среди печеночноклеточных желтух нередко значительные трудности возникают при разграничении ВГ от токсического (отравления хлорированными углеводородами, хлорированными нафталинами и дифенилами, бензолами, металлами и металлоидами) и лекарственного.

Диагноз токсического гепатита основывается на анамнестических данных о контакте с ядом, наличии анурии, азотемии. Билирубин крови и активность аминотрансфераз при сравниваемых гепатитах изменяются одинаково. Диагностическое значение имеет определение осадочных проб, белковых фракций, которые находятся в пределах нормы при токсических повреждениях печени. Креатинин, мочевина, щелочная фосфатаза, ГГТП крови в отличие от ВГ значительно повышены. Развитие желтухи может быть связано с употреблением ряда лекарственных препаратов, производных фенотиазина, антидепрессантов (ингибиторы МАО, ипразид и др.), противотуберкулезных препаратов (пиразинамид, этионамид, ПАСК, гидразид изоникотиновой кислоты), антибиотиков (тетрациклины и др.), андрогенов и анаболических стероидов (метилтестостерон, метандростенолон, неробол, ретаболил и др.), анти-тиреотоксических средств (мерказолил, метилтиоурацил), иммунодепрессантов, цитостатиков и антиметаболитов (циклофосфан, тиофосфамид и др.), средств для наркоза (фторотан).

Диагностика медикаментозного гепатита основывается на анамнестических сведениях (прием гепатотоксических препаратов). Заболевание начинается остро с признаков нарушения пигментного обмена. Характерно отсутствие преджелтушного периода. В некоторых случаях развитию желтухи предшествуют признаки аллергизации организма (уртикарная сыпь, зуд кожи, боли в крупных суставах, эозинофилия). Печень, как правило, не увеличена, безболезненна. Активность аминотрансфераз повышена незначительно. Отмена токсического препарата устраняет признаки гепатита обычно через 10—15 дней. Следует заметить, что существует такой термин, как неспецифический реактивный гепатит, т. е. вторичный гепатит, при большом числе заболеваний, имеющий синдромное значение. Он отражает реакцию печеночной ткани на внепеченочное заболевание или очаговое заболевание печени. Неспецифический реактивный гепатит вызывается рядом эндогенных и экзогенных факторов, к которым помимо вышеперечисленных относят заболевания желудочно-кишечного тракта, коллагенозы, болезни эндокринных желез, ожоги, послеоперационные состояния, злокачественные опухоли различной локализации и многие другие. При этом клинико-лабораторные показатели неспецифического реактивного гепатита нерезко изменены, течение доброкачественное, возможна полная обратимость изменений печени при устранении вызвавшего их основного заболевания. Кроме того, необходимо помнить о дифференциальной диагностике печеночноклеточной с надпеченочной (гемолитической) и подпеченоч-ной (механической) желтухами.

**Общие принципы лечения**

Лечение ВГ должно способствовать уменьшению интоксикации, снижению функциональной нагрузки на печень, предупреждению генерализеванного некроза гепатоцитов, а также формированию хронического гепатита. Особенно трудной является терапия при тяжелых формах заболевания, осложненных острой печеночной недостаточностью. При легких и среднетяжелых формах все больные в остром периоде заболевания должны соблюдать полупостельный режим, при тяжелом течении болезни — постельный. Постепенное расширение двигательной активности возможно с наступлением пигментного криза. Необходимо строгое соблюдение общегигиенических правил, в том числе гигиены полости рта и кожи. В случаях упорного зуда кожи показаны протирания ее раствором пищевого уксуса (1:2), 1% раствором ментолового спирта, горячий душ на ночь. Важным элементом ухода за больными являются контроль над суточным балансом жидкости, регулярностью дефекации. Задержка стула способствует усилению кишечной аутоинтоксикации, поэтому следует стремиться к тому, чтобы стул был ежедневно. При его задержке показаны слабительные средства растительного происхождения, магния сульфат (10-15 г) или пищевой сорбит (15-30 г) на ночь. Последние способствуют также рефлекторному желчеоттоку. Индивидуальная доза должна быть такой, чтобы кал был мягкооформленным, не более 2 раз в сутки. Правильной коррекции питания соответствует лечебная диета № 5. Она содержит 90-100 г белков, 80-100 г жиров, 350-400 г углеводов, основные витамины (С — 100 мг, В — 4 мг, А — 2-3 мг, РР — 15 мг). Калорийность — 2800-3000 ккал. Диета должна быть механически и химически щадящей. Разрешаются вареные, тушеные и запеченные блюда. Пищу подают в теплом виде, дробно (4-5 раз в сутки).

Запрещаются острые, соленые, жареные блюда, острые приправы и маринады, чеснок, редька, редис, шоколад, торты. Исключаются свинина, консервы и тугоплавкие жиры. В целях детоксикации количество свободной жидкости увеличивают до 1,5—2,0 л/сут. В качестве напитков используют некрепкий чай, фруктовые и ягодные соки, отвар шиповника, 5% раствор глюкозы. Запрещаются консервированные и содержащие алкоголь напитки.

Больным со среднетяжелым и тяжелым течением целесообразно назначение диеты №5а, которая заменяется диетой № 5 после пигментного криза. В диете №5а все блюда подают в протертом виде, ограничено содержание жиров до 50-70 г, поваренной соли до 10-15 г, снижена калорийность до 2500-2800 ккал. У больных с анорексией, многократной рвотой энтеральное питание затруднено. Даже кратковременное голодание крайне неблагоприятно воздействует на патологический процесс. В этих случаях энергозатраты компенсируют парентеральным введением концентрированных растворов глюкозы, официнальных аминокислотных смесей. При ГА, для которого характерно острое, в основном доброкачественное, циклическое течение, назначение противовирусных средств не показано. При легком течении, кроме охранительного режима и диетического питания, показано применение комплекса витаминов в среднетерапевтических дозах. Может быть дополнительно назначен рутин в сочетании с аскорбиновой кислотой (аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день).

В случаях отсутствия пигментного криза в течение недели от начала периода разгара заболевания (максимального значения билирубинемии) применяют энтеросорбенты (микрокристаллическая целлюлоза или АНКИР-Б по 2,0-3,0 г; гидролизная целлюлоза — полифепан, билигнин по 0,5-1,0 г/кг, угольные гранулированные сорбенты типа СКН-П, КАУ, СУГС и др.). Энтеросорбенты назначают обычно на ночь через 2—3 часа после последнего приема пищи или лекарств. Их нельзя сочетать с другими лекарственными препаратами или приемом пищи во избежание так называемого «синдрома обкрадывания». В случаях среднетяжелых форм заболевания дополнительно к вышеуказанным средствам назначают ферментные препараты для усиления пищеварительной функции желудка и поджелудочной железы (панкреатин, креон, ликреаза, мезим форте, панцитрат, фестал, энзистал, панзинорм, юниэнзайм, зимоплекс, панкреофлат, абомин и др.), которые принимают во время или непосредственно после приема пищи. Проводится инфузионно-дезинтоксикационная терапия, для чего внутривенно капельно вводят 800—1200 мл 5% раствора глюкозы с соответствующим количеством инсулина (1 ЕД на 4 г глюкозы), к которой добавляют 20—30 мл рибоксина. Дополнительно внутривенно (через систему для введения раствора глюкозы) вводят 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты 2 раза в сутки. В качестве средств неспецифической дезинтоксикации можно использовать гемодез (внутривенно капельно по 400 мл через день). При резком снижении аппетита с целью энергообеспечения применяют концентрированные (10-20%) растворы глюкозы с соответствующим количеством инсулина в сочетании с панангином (10—20 мл), калием хлорида (50 мл 3% раствора на 400 мл раствора глюкозы). Вместо глюкозо-калиевых смесей можно вводить раствор Лабори (10% раствор глюкозы — 400 мл, калия хлорида — 1,2 г, кальция хлорида — 0,4 г, магния сульфата — 0,8 г). При тяжелом течении необходимо усиление неспецифической дезинтоксикации путем трехкратного в течение суток приема энтеросорбентов и 5% раствора альбумина, плазмы или протеина (по 250-500 мл). Гемодез вводят ежедневно, но не более 400 мл/сут в течение четырех дней подряд. В случаях анорексии используют концентрированные полиионные энергетические растворы, аминокислотные смеси (аминостерил, гепастерил, гепатамин и т.п.), предназначенные для лечения больных с печеночной недостаточностью. Витамины раздельно или в комплексном препарате эссенциале вводят парентерально (эссенциале по 20 мл 2 раза в сутки в 250 мл 5% раствора глюкозы внутривенно медленно, со скоростью 40-50 капель/мин). Назначается гипербарическая оксигенация (время сеанса — 45 мин, парциальное давление кислорода — 0,2 МПа) 1—2 раза в сутки в течение 10 дней. При отсутствии эффекта (ухудшение состояния больного на фоне проводимой комплексной патогенетической терапии) показаны глюкокортикостероиды в эквивалентных преднизолону дозах — не менее 60 мг/сут внутрь или 120 мг/сут парентерально. Применение преднизолона предполагает обязательное дробное питание, при необходимости — использование антапидных препаратов для предупреждения образования стероидных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Если глюкокортикостероиды не приводят к улучшению состояния больного в течение 2-3 сут или в случаях воздержания от их использования показана экстракорпоральная детоксикация (гемосорбция, плазмаферез с частичным плазмообменом, плазмосорбция, ультрафильтрация.

При затяжном течении обязательны выявление и санация возможных очагов инфекции. Показан повторный курс введения инфузионно-дезинтоксикационных средств с применением полиионных растворов глюкозы (типа Лабори), аминокислотные смеси. Назначают гепатопротекторы на 1—3 мес: производные силимарина (легален, карсил, лепротек, силегон, силимар, сиромин), препараты из экстрактов растений (гепалив, гепатофальк, гепабене), эссенциале, рибоксин, калия оротат. Целесообразны гипербарическая оксигенация (1 раз в сутки в течение 10 дней, возможны повторные курсы), УФО крови.

В комплексе с другими средствами, в зависимости от результатов иммунологических исследований, рекомендуется иммунокорригирующая терапия препаратами тимуса (тималин, тимоген, тактивин по 1 мл парентерально 1 раз в сутки в течение 5—10 дней), лейкинфероном (по 1 ампуле внутримышечно через день, на курс 5—10 инъекций), интерлейкином-2 (ронколейкин по 0,5—2 мг внутривенно капельно через 2—3 дня, на курс до 5 введений), интерлейкином (беталейкин по 15 нг/кг внутривенно капельно ежедневно в течение 5 сут); возможны повторные курсы после незначительного перерыва.

При продолжительной постгепатитной гипербилирубинемии могут быть использованы производные желчных кислот (урсофальк, урсосан), адеметионина (гептрал). При наличии гипербилирубинемии с преобладанием непрямой фракции применяется фенобарбитал. Терапию в случаях затяжного течения проводят в сочетании с ферментными препаратами, регулирующими пищеварительную функцию желудочно-кишечного тракта, на фоне продолжающегося использования энтеросорбентов. При наличии холестатического синдрома следует воздерживаться от применения глюкокортикостероидов, несмотря на высокую степень билирубинемии. Кроме патогенетических средств, рекомендованных для лечения больных различных степеней тяжести, особое внимание уделяют неспецифической дезинтоксикации, в частности энтеросорбции. В целях стимуляции желчеотделения в диету включают дополнительное количество овощей, особенно салатов с растительными маслами. Необходимо назначение жирорастворимых витаминов А и Е, адсорбентов желчных кислот (холестирамин 10—16 r/сут в 3 приема, билигнин по 5—10 г 3 раза в сутки), производных желчных кислот (урсофальк, урсосан по 10—15 мг/(кг • сут), гептрала. Гептрал в первые 2 нед может вводиться парентерально по 800 мг ежедневно с последующим переходом на пероральный прием по 2—4 таблетки в течение 1—3 мес. Желчегонные средства (аллохол, хофитол, одестон, холагогум, холагол, никодин и др.) показаны при появлении признаков отхождения желчи, на что указывает фрагментарная окраска кала. Для быстрого восстановления физической и умственной работоспособности реконвалесцентов, ускорения процессов восстановления собственно функций печени применяются актопротектор — бемитил (по 0,25—0,5 г внутрь 2 раза в день) и нейропептид — аргининвазопрессин (по 50 мг интраназально утром и днем в течение 2 дней подряд с интервалами в 1 нед).

# План лечения больного

1. Режим полупостельный.
2. Диета №5.
3. Детоксикационная терапия: Sol. Glucosi 5% - 800 мл внутривенно капельно 1 раз в день – 5 дней
4. Витаминотерапия:

- Sol. Acidi ascorbinici 5% - 5 мл внутривенно капельно в системе с глюкозой

- Sol. Суаnосоbalamini 0,01% - 1 мл внутримышечно 1 раз в день 10 дней.

5. Детоксикационная терапия: Sol.Riboxini 2% - 10 мл внутривенно капельно

# Дневник

* + 1. Состояние средней тяжести. Сохраняются жалобы на слабость, недомогание, головную боль. Сознание ясное. Кожные покровы и склеры эктеричные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительных свойств, с частотой 62 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст.

Язык влажный, обложен желто-зеленым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Моча темная, кал обесцвечен.

**Диагноз**: Вирусный гепатит А

*Рекомендовано*: продолжать лечение.

**13.01.03.** Состояние средней тяжести. Жалоб нет. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые с желтушной окраской. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительных свойств, с частотой 60 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст.

Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Живот мягкий безболезненный. Печень +1,5 см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез адекватный.

**Диагноз**: Вирусный гепатит А

*Рекомендовано*: продолжать лечение

# Рекомендации больному

Больным ВГ и после перенесенного ВГ РАЗРЕШАЕТСЯ:

1. Молоко, кисломолочные продукты, творог.

2. Отварное и паровое нежирное мясо - говядина, куры, кролик.

3. Отварная нежирная рыба.

4. Блюда и гарниры из овощей - картофель, морковь, свекла, свежая и

некислая квашеная капуста, зеленый горошек, помидоры, свежие огурцы.

5. Некислые фрукты и ягоды, варенье, мед.

6. Супы крупяные, овощные, фруктовые.

7. Различные каши и макаронные изделия.

8. Хлеб, преимущественно пшеничный, грубого помола, вчерашний.

9. Печение и др. изделия из несдобного теста.

ОГРАНИЧИВАЕТСЯ:

1. Мясные, куриные, рыбные супы - не чаще 1-2 раза в неделю.

2. Сливочное масло / 30-40 гр. в день/, часть жиров вводится в виде

растительного масла, сметаны для заправки.

3. Яичный желток - не более 1-2 раза в неделю /белок чаще/.

4. Сыр - в небольшом количестве, неострые сорта.

5. Сосиски говяжьи, колбаса докторская, 2-3 раза в неделю.

ЗАПРЕЩАЕТСЯ:

1. Все виды жареных, копченых, соленых продуктов.

2. Свинина, баранина, гуси, утки.

3. Острые приправы - горчица, хрен, перец, уксус.

4. Редька, лук, часнок, грибы, орехи, щавель.

5. Кондитерские изделия.

6. Какао, черный кофе, мороженое.

7. Фасоль, бобы.

КРИТЕРИИ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

--------------------------------

1. Хорошее общее состояние больных.

2. Отсутствие желтушного окрашивания кожных покровов и склер.

3. Уменьшение печени до нормальных размеров или четко выраженная тенденция к ее сокращению. В отдельных случаях можно допустить выписку при увеличении печени, не более 1-2 см, при тенденции к ее уменьшению

4. Нормализация уровня билирубина в сыворотке крови и активности трансаминаз. Допускается выписка отдельных больных при повышении уровня трансаминаз не более, чем в 2 раза по сравнению с верхней границей нормы, при наличии выраженной тенденции к ее снижению.

После выписки все переболевшие подлежат обязательной диспансеризации. Ее организация и содержание должны зависеть от характера остаточных явлений и последствий перенесенного заболевания. В процессе диспансерного наблюдения первый контрольный осмотр должен проводиться не позже, чем через 1 мес. При отсутствии у реконвалесцентов, перенесших ГА каких-либо клинико-биохимических отклонений, они могут быть сняты с учета. При наличии остаточных явлений переболевшие наблюдаются по месту жительства, где проходят контрольные осмотры не реже 1 раза в месяц и снимаются с учета через 3 мес после исчезновения жалоб, нормализации размеров печени и функциональных проб. Все реконвалесценты в течение 3—6 мес нуждаются в освобождении от тяжелой физической работы, профилактических прививок. Нежелательно проведение плановых операций, противопоказано применение гепатотоксичных медикаментов. Алкоголь должен быть исключен в любых дозах и в любом виде. По наблюдениям многих исследователей, при выписке из стационара полное выздоровление отмечается в 70—90% случаев, у остальных могут наблюдаться различные постгепатитные синдромы: астеновегетативный (по нашим данным у лиц молодого возраста в 9,9%), гепатомегалия (3,3%), функциональная гипербилирубинемия (2,9%), дискинезия желчевыводящих путей (8,9%). Динамическое наблюдение в течение 6 мес показало, что полное выздоровление наступало у 93,4% реконвалесцентов, рецидивы и обострения гепатита — у 1,5% обследованных лиц. Случаев формирования хронического гепатита не отмечалось.

Литература

1. «Руководство по инфекционным болезням» Лобзин (электронный вариант)
2. http://www.doktor.ru/medinfo
3. http://www.bme2.narod.ru/\_default.htm