**I.Паспортные данные.**

1.Ф.И.О.

Осмоловский Юрий Семёнович

2.Пол.

мужской.

3.Возраст.

18лет.

4.Профессия, место работы.

Краснодарский колледж электронного приборостроения, 3-ий курс.

5.Место постоянного жительства.

Краснодар ул. Курчатова 16 кв 29.

6. Время поступления: 25.04.99 в 11.00

7. а) диагноз направившего учреждения: без направления

б) диагноз при поступлении: острый вирусный гепатит 25.04.99.

в) клинический диагноз: острый вирусный гепатит В (HBs – Ag+, HBc – Ag+, HBe - Ag+, анти-HBcor сум – обнаружены, Ат к Hbe Ig M - обнаруж). Желтушная форма. Средней степени тяжести.

г) сопутствующий диагноз: хронический некалькулёзный холецистит, стадия обострения.

**Жалобы больного.**

А) На момент курации: больной предъявляет жалобы на неинтенсивную головную боль, слабость.

Б) На момент поступления: на общую слабость, раздражительность, головную боль, бессонницу по ночам, тошноту, обострение всех запахов, значительное снижение аппетита, пожелтение кожи лица, туловища и склер, кожный зуд. Так же на чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье, особенно после еды.

**Анамнез болезни.**

Считает себя больным приблизительно с 5.04.99, когда стал быстро уставать, даже после небольшой физической нагрузки, постоянно ощущал общую слабость, плохо спал, стал раздражителен, обострились все запахи вокруг, во время еды резкие запахи вызывали отвращение к ней, иногда появлялась тошнота, часто болела голова. 15.04.99 стал отмечать ухудшение зрения, периодически носовое кровотечение до 4-х раз, небольшого количества. Примерно 19 апреля несколько потемнела моча, интенсивность окраски усиливалась с каждым днём. С 20.04.99 ухудшился аппетит, появилась почти постоянная тошнота, пожелтели склеры. Рвоты не было. 21.04.99 посветлел кал. Стали беспокоить периодические боли в правом подреберье. Появился кожный зуд. Пожелтело всё лицо. 22.04.99 пожелтело сначала туловище, а к вечеру конечности. Лицо стало ещё более интенсивно жёлтого цвета. Артралгий не отмечал. 23.04.99 отметил повышение температуры до 37,80С все вышеперечисленные симптомы сохранялись и усугублялись. 24.04.99. температура поднялась до 38,00С, самочувствие ухудшалось. 25.04.99 мама больного настояла на том, чтобы он обратился в больницу. В 11 утра Осмоловский Юрий Семёнович поступил в краснодарскую городскую инфекционную больницу, где ему был назначен план обследования, курс лечения, в результате которого общее состояние несколько улучшилось (появился аппетит, улучшилось зрение, прошли носовые кровотечения), но желтуха нарастала, моча приобрела тёмно-коричневый цвет, кал обесцвечен. Максимального развития желтуха достигла 3.05.99.

Курация больного начата 5.05.99 года.

**Anamnesis vitae.**

Первый и единственный ребёнок в семье. Роды срочные, физиологичные. В психомоторном развитии от сверстников не отставал. Физическое и умственное развитие соответствует полу и возрасту. Удовлетворительно закончил среднюю школу, сейчас успешно учится в колледже.

Перенесённые заболевания в детстве и последующей жизни: эпидемический паротит, корь в каком возрасте больной не помнит, часто болел ОРЗ;

в 1992 году аппендэктомия.

Наследственность не отягощена.

**Эпидемиологический анамнез.**

Контакт с инфекционными больными не отрицает, его друг в настоящее время проходит лечение в инфекционной больнице по поводу острого вирусного гепатита. За пределы города в течение последнего месяца не выезжал, родственники не приезжали.

Гемотрансфузии отрицает.

Материально-бытовые условия хорошие. Живёт в отдельной 3-х комнатной квартире с родителями.

Парентеральные вмешательства – систематически принимает наркотики (введение эфедрина внутривенно). Со слов больного последний раз употреблял наркотик месяц назад. В сентябре 1998 года – протезирование зубов; постоянного полового партнёра не имеет, достаточно регулярно случайные половые связи.

Выпивает, но говорит, что не злоупотребляет. Курит с 10 лет, так же имеет место анашакурение.

Венерические заболевания, малярию, тифы, туберкулез, сахарный диабет, острый вирусный гепатит отрицает.

**Аллергологический анамнез.**

Отягощён – левомицетиновые капли (в виде склерита).

**Status praesens objectivus.**

(30-ый день болезни, 10-ый в стационаре.)

Осмотр 5.04.99.

Температура тела 36, 6°С. Общее состояние больного средней тяжести, обусловленное явлениями интоксикации. Сознание ясное. Контактен. Адекватен. Выражение лица спокойное, осмысленное.Положение активное. Нормостенического типа телосложения, пониженного питания. Внешний вид соответствует возрасту. Кожные покровы, желтушные, чистые, без рубцов и сыпи, обычной влажности, тургор кожи сохранён. Подкожно-жировая клетчатка без уплотнений, мало выражена, распределена равномерно. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы 1 – 0,8 см в диаметре, паховые до 0,5 – 0,8 см. Безболезненные, мягоэластичные, не спаяны между собой и окружающими тканями, подвижные. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек насыщенно желтые, влажная, чистая. Склеры иктеричны. Язык суховат, обложен серым налетом.

**Костно-мышечная система:** суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранён. Активные и пассивные движения конечностей в полном объёме. Деформаций конечностей, черепа и грудной клетки не обнаружено.

**Нервно-психический статус:** сознание ясное, речь не изменена, отмечается апатичность, некоторое безразличие к окружающему. Контактен. Адекватен. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей. Глоточный, брюшной и сухожильно-периостальные рефлексы сохранены. Менингеальные симптомы отрицательные. Глазное яблоко, состояние зрачков и зрачковые рефлексы в норме.

**Дыхательная система:** ЧДД = 16 в мин. Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания - брюшной. 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. Грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание симметричное, не изменено. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание везикулярное. Хрипов нет.

**Сердечно-сосудистая система:** Пульс 88 ударов в минуту симметричный, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. ЧСС= пульсу. Сердечный толчок визуально не определяется. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичиной линии, удовлетворительных качеств. Перкуторные границы сердца в пределах нормы.

Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Патологических шумов нет.

АД 120/70 мм рт ст.

**Пищеварительная система:** слизистая ротовой полости тёмно-жёлтого цвета, чистая. Есть кариозные зубы. Язык обложен серым налётом, суховат.

Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок втянут.  
Поверхностная пальпация: живот мягкий, чувствительный в эпигастрии, умеренно болезненный в правом подреберье, так же здесь наблюдается мышечная защита. Глубокая пальпация: 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, чувствительный, выходит из под края реберной дуги на 3 см; Поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется, положительный симптом Кера, Ортнера, Мюсси-Георгиевского. Селезенка пальпируется в глубине левого подреберья.

Перкуссия: размеры печени и селезёнки по Курлову:

по правой седнеключичной линии 14 см,

по передней срединной линии 10см,

по левой реберной дуге 9 см.

Размеры печени 14/3х10х9 см.

Верхняя граница селезенки по левой среднеоксилярной линии на 9 ребре,

нижняя - 11 ребро (расстояние 8 см). Края селезёнки на уровне 10 ребра: задний – задняя подмышечная линия, передний – 2 см кнаружи от передней подмышечной линией (расстояние 10 см). Размеры селезёнки: 10х8 см.

При аускультации живота выявляются шумы перистальтики кишечника в виде периодического урчания и переливания жидкости.

Стул 1 раз в день. Кал светлый.

**Мочевыделительная система:** В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется. Диурез соответствует норме, моча тёмно-коричневая, цвета пива.

**Эндокринная система:** патологии при осмотре не выявлено.

**7. Предварительный диагноз.**

Учитывая цикличность заболевания с *инкубационным периодом*, *продромальным* длительностью 15 дней, сопровождавшимся астеновегетативным (быстро уставал, даже после небольшой физической нагрузки, постоянно ощущал общую слабость, плохо спал, стал раздражителен, часто болела голова, стал отмечать ухудшение зрения, периодически носовое кровотечение до 4-х раз, небольшого количества), диспепсическим (обострились все запахи вокруг, во время еды резкие запахи вызывали отвращение к ней, иногда появлялась тошнота) синдромами, *желтушным* *периодом* с синдромом поражения печени и холестазом (желтуха, потемнение мочи, обесцвечивание кала, увеличение размеров печени, до 14х10х9 см по Курлову, с заострённым краем, плотно-эластичной консистенции, чувствительным при пальпации, а так же увеличение селезёнки до размеров 10х8 см по Курлову), принимая во внимание данные эпидемиологического анамнеза (систематически внутривенно принимает наркотики (введение эфедрина), в сентябре 1998 года – протезирование зубов; постоянного полового партнёра не имеет, достаточно регулярно бывают случайные половые связи. Контакт с больными острым вирусным гепатитом В. Выпивает, курит с 10 лет, так же имеет место анашакурение), результаты исследования объективного статуса (интенсивная желтушность кожи, склер и слизистых; при поверхностной пальпации живота мышечная защита в правом подреберье, чувствительность в эпигастрии, умеренная болезненность в правом подреберье. При глубокой пальпации: край печени острый, ровный, плотноэластичный, чувствительный, выходит из под края реберной дуги на 3 см; Желчный пузырь не пальпируется, положительный симптом Кера, Ортнера, Мюсси-Георгиевского. Селезенка пальпируется в глубине левого подреберья.

Перкуторно: увеличение печени 14/3х10х9 см и селезёнки 10х8 см. Кал светлый. Моча тёмная.) можно выставить предварительный диагноз:

***"вирусный гепатит с парентеральным механизмом инфицирования (B,C,D или G), желтушная форма, средней степени тяжести".***

При объективном обследовании имеются признаки холецистита, что позволяет вынести его в сопутствующий диагноз.

**План обследования.**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи
3. RW
4. АТ к ВИЧ
5. Биохимический анализ крови
6. Химико-токсикологическое исследование
7. Копрологическое исследование
8. Анализ мочи по Нечипоренко
9. Кровь на группу и резус-фатор
10. Диастаза мочи
11. Исследование крови на содержание глюкозы и холестерина
12. Коагулограмма в динамике
13. Кровь на специфические маркеры гепатита (анти- HEV, анти-HAV, анти-HDV, анти-HCV, HBsAg, HBcorAg, HBeAg)
14. УЗИ - ЖКТ
15. Консультация норколога

**Результаты обследования.**

* Общий анализ крови 26.04.99 г.

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты | 4,5 х 1012 г/ л |
| Гемоглобин | 147 г/л |
| Цветной показатель | 0.97 |
| Тромбоциты |  |
| Лейкоциты | 5,6 х 109 г/л |
| Базофилы | --- |
| Эозинофилы | 3 % |
| Нейтрофилы : Миэлоц . | --- |
| Юные | --- |
| Палочкоядерные | 1 % |
| Сегментоядерные | 45 % |
| Лимфоциты | 47 % (норма 18-40%) |
| Моноциты | 3 % |
| Индекс сдвига | 1 |
| СОЭ | 3 мм/час |

Лимфоцитов- 47% В периферической крови выявляется лимфоцитоз, обусловленный вирусным поражением организма.

Общий анализ мочи (26.01.99):

* Общий анализ мочи 14.04.99 г.

Цвет тёмно-жёлтый

реакция кислая

удельный вес 1014

прозрачность непр.

белок нет

сахар нет

**Микроскопия осадка**.

1. Желчные пигменты – обнаружены.
2. Эпителиальные клетки

* Плоские 0-1-2 в п/з

3. Лейкоциты 1-3-4 в п/з

4. Эритроциты неизменённые 0-1-6

* Исследование на Rh, группу – Rh – отрицательный, группа крови II .
* АТ к ВИЧ не обнаружены
* Биохимический анализ крови

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Число/показатель | Белок общий  г/л  норма 65-85 г/л | Билирубин общий  мк моль/л  норма:  до 20 мк моль/л | АлАТ  ед.  норма до 40 ед. | АсАТ  ед.  норма до 40 ед. | Тимоловая проба  Норма до 5 ед | Сулемовая проба  Мл  Норма 1,8-2,5 мл |  |
| 27.04. 99 | 74  альб-37 | 179,1  прям-123,30 | 1626 | 1353 | 9,9 | 1,8 |
| 7.05.99 | - | 184,1  прямой-131 | 1255 | 843 | 13,2 | 1,3 |
| 12.05.99 | - | 90  прямой-53 | 854 | 640 | 7,9 | 1,8 |  |

Протеинограмма (28.04.99):

Альбумины -62,1

Глобулины- α1-2,5%, α2-7,6%, β-9,8%, γ-18,0%  
Биохимический анализ крови свидетельствует о билирубинэмии, в основном за счёт его прямой фракции, повышении уровня трансаминаз, которые значительно снизились за время пребывания в стационаре; а так же о повышении тимоловой и снижении сулемовой проб по сравнению с нормой. Вирус гепатита поражает гепатоциты, поэтому данные биохимические показатели характерны для цитолитического синдрома, так же мезенхимально-воспалительного и холестатического.

* Исследование кала 6.05.99 г.

Форма – оформленный

Цвет – светлый

Мыла +++

Слизь +  
Яйца глистов не обнаружены

* Анализ мочи по Нечипоренко 6.05.99.

Лейкоциты 1750

Эритроциты 250

* Диастаза мочи 28.04.99

16 ед

* Заключение о результатах химико-токсикологического исследования (кровь, моча) 28.04.99.

Нейролептики - abs

Алколоиды опия - abs

Барбитураты - abs

Производные барбит кислоты - abs

Транквилизаторы - abs

Эфедрин, эфедрон - abs

Кокаин - abs

Фосфоорганические соединения ---

Тяжёлые металлы ---

* Исследование крови 28.04.99.

Холестерин 3,1

Глюкоза 5,0

* Коагулограмма 29.04.99.

ПТИ – 53%

I-II фазы - замедленны

III фаза - ускорена

IV – замедленна

6.05.99.

ПТИ – 56%

I – II фазы - в норме

III – ускорена

IV – в норме

* Специфические маркеры вирусного гепатита (исследование крови)

27.04.99.

анти- HEV – сум – “отриц”

анти-HAV IgM – «отриц»

анти-HDV – сум – “отриц”

анти-HCV – сум – “отриц”

HbsAg – обнаружен

IgG, IgM к HbcorAg – обнаружены

IgM к HВеAg - обнаружены

* 26.04.99 RW (-)отрицательный
* УЗИ – ЖКТ 28.04.99.

Печень увеличена, неоднородна, умеренной эхогенности.

122х54/55, воротная вена – 8, холедох – N, желчные протоки умеренно расширенны, желчный пузырь сокращён, стенки уплотнены 8 мм, прсвет – N.

Поджелудочная железа – N (7 – 122 мм)

Заключение: хронический гепатит. Признаки внутрипечёночного холестаза. Острый холецистит.

7.05.99.

УЗИ – ЖКТ (желчный пузырь)

Размеры 63х20, стенки уплотнены до 5 мм, просвет – N.

Заключение: эхо признаки холецистита.

28.04.99.

Консультация норколога.

Со слов, в/в вводит эфедрин. Наркотизацию начал 2 месяца назад. Наркотизировался 3-4 раза в неделю по 15,0.

Последняя наркотизация 3 недели назад. Вливания многократные (в один день) отрицает. Зависимость сформирована.

Объективно: синдром хронической интоксикации.

Диагноз: Эфедриновая наркомания I степени.

Рекомендации: наблюдение нарколога.

**Дифференциальный диагноз**.  
Весь симптомокомплекс у данного больного позволяет поставить нам диагноз вирусного гепатита с парэнтеральным механизмом передачи. Но для постановки окончательного диагноза требуется проведение дифференциальной диагностики между сходными заболеваниями, как инфекционными ( вирусный гепатит А, желтушные формы лептоспироза), так и неинфекционными (механическая желтуха и др).

Так же необходимо исключить вирусный гепатит А. При нём так же имеется цикличность заболевания, желтуха, но но начало острое и с выраженным синдромом интоксикации: в виде тошноты, рвоты, отсутствия аппетита, кратковременного павышения температуры, а у нашего больного начало более постепенное все симптомы менее выражены: тошнота не постоянная, аппетит несколько снижен, рвоты не было, температура повышалась в течение двух дней (23.04.99 и 24.04.99 – уже в желтушный период до 37,0 С0), к которому в дальнейшем присоединяется синдром поражения печени с холестазом (желтуха, тёмная моча, обсчвеченный кал, увелечение размеров всей печени), у нашего больного, так же наблюдались все эти симтомы, но единственно больше была увеличена левая доля печени. Улучшение состояния больного с появлением желтухи, что противоречит состоянию нашего больного, у него с появлением желтухи симтомы усугубились. Преджелтушный период часто по гриппоподобному типу длительностью приблизительно 6 дней, у данного больного длительность составила 15 дней и не была грипподобной; важное значение имеет эипидемиологический анамнез: механизм передачи вируса гепатита А - фекально- оральный, так же важно отметить различие в инкубационнм периоде, который при вирусном гепатите А в среднем равен 1 месяцу - больной же живёт в хороших бытовых условиях, правила личной гигиены соблюдает и за 1,5 месяца до заболевания контакта с больными вирусным гепатитом А не было, тогда как контакт с больными вирусным гепатитом В – был, так же важно, то что больной внутривенно вводит наркотики (эфедрин), было протезирование зубов в сентябре 1998 года и имеет частые случайные половые связи, всё это сразу наводит на мысль о парентеральном механизме инфицирования. Основное значение в дифференциальной диагностике имеет обнаружение специфических маркеров: анти-HAV IgM – «отриц», и обнаружены HbsAg+, HBc – Ag+, HBe - Ag+, анти-HBcor сум – обнаружены, Ат к Hbe Ig M – обнаруж. Что позволяет окончательно отвергнуть предположение о вирусном гепатите А, и подтверждает наличие вирусного гепатита В.

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 систематическое внутривенное введение эфедрина, в сентябре 1998 года – протезирование зубов; случайные половые связи. Контакт с больными острым вирусным гепатитом В, курение, так же анашакурение, беспорядочные половые связи. 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; заболевание начинается остро, при этом могут выявляется герпетические высыпания, полиморфная сыпь, увеличение лимфатических узлов, у Осмоловского – токсические явления были менее выражены, высокой температуры вообще не было, заболевание началось не остро, миалгий не было, сыпи, увеличения лимфоузлов так же не было, выявляются более астенические симптомы (обострение запахов, снижение аппетита, нарушение аккомодации).С возникновением желтухи симптомы интоксикации при лептоспирозе уменьшаются, у данного больного наоборот – все симптомы усугубились, появились новые жалобы: постоянную тошноту, усилилась общая слабость, ещё больше снизился аппетит. Но при лептоспирозе в желтушном периоде мы можем выявлять геморрагии и поражение почек (анурию, болезненность в поясничной области, протеинурию, азотэмию), чего мы нет у больного. Окончательно отдеффиринцировать эти заболевания позволят лабораторные методы. 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 лабораторных анализов данного больного. При лептоспирозе же наблюдается повышение активности щелочной фосфотазы, небольшое снижение протромбинового индекса, белково-осадочные пробы обычно не изменяются. У больного высокая активность АлАТ при высоком уровне билирубина, изменены белковоосадочные пробы, что дает еще один "плюс" в пользу вирусного гепатита. И, наконец, лабораторные исследования, направленные на выявление возбудителя (бактериологический, серологический) дают выявление у больного HbsAg+, HBc – Ag+, HBe - Ag+, анти-HBcor сум – обнаружены, Ат к Hbe Ig M - обнаруж что позволяет окончательно поставить диагноз вирусного гепатита В и исключить лептоспироз.

Трудна дифференциальная диагностика у данного больного вирусного гепатита и механических желтух, так как начало заболевания постепенное, без выраженных симптомов интоксикации, имела место желтуха, потемнение мочи, высокий уровень общего билирубина, что характерно для обоих заболеваний. Механическая желтуха развивается в результате частичной или полной непроходимости желчевыводящих путей с нарушением пассажа желчи в кишечник. Она чаще обусловлена холедохолитиазом, стриктурой большого дуоденального сосочка, опухолью головки поджелудочной железы и желчевыводящих путей. В отличии от гепатита для механической желтухи не характерен особенный эпидемиологический анамнез. Заболевания развиваются постепенно, но у данного больного наблюдалась цикличность (преджелтушный период, желтуха), а для механической желтухи - медленное, прогрессирующее нарастание симптомов. При механической желтухе боль будет иметь более выраженный, интесивный, нестерпимый характер, тогда как у нашего больного боли периодические, не интенсивные, терпимые.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. У данного больного цвет кожи желтый с шафрановым оттенком, меняется только его интенсивность. У данного больного отмечалась желтуха в сочетании с бледностью кожных покровов. Кожный зуд при механических желтухах выражен, у больного он так же наблюдался. Печень при обтурационных желтухах чаще не увеличена, безболезненная и эластической консистенции. У больного она увеличена (на момент поступления-25.04.99 выступала на 3 см из под края рёберной дуги), чувствительная, плотноэластическая. В анализе крови отмечают увеличение СОЭ, лейкоцитоз (при остром холецистите в сочетании с холелитиазом). Трансаминазы повышены очень незначительно при механической желтухи, а вот активность щелочной фосфатазы увеличена в несколько раз, белково-осадочные пробы не изменены. 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+, HBc – Ag+, HBe - Ag+, анти-HBcor сум – обнаружены, Ат к Hbe Ig M - обнаруж позволяет отвергнуть механическую желтуху у данного больного.

**Обоснование клинического диагноза.**

Учитывая данные предварительного, дифференциального диагноза, данные лабораторного исследования с цитолитическим синдромом (увеличение активности АЛТ до 1626 и АСТ до 1353), мезенхимально-воспалительным синдромом (повышение тимоловой пробы и снижение сулемовой пробы до 13,2 и 1,3 соответственно) и синдромом холестаза (увеличение общего биллирубина до184,1 за счёт прямой фракции 131), а так же учитывая обнаружение специфических маркеров вирусного гепатита (HbsAg+, HBc – Ag+, HBe - Ag+, анти-HBcor сум – обнаружены, Ат к Hbe Ig M – обнаруж) можно поставить диагноз:

***Острый вирусный гепатит В (HBs – Ag+, HBc – Ag+, HBe - Ag+, анти-HBcor сум – обнаружены, Ат к Hbe Ig M - обнаруж). Желтушная форма. Средней степени тяжести.***

**План лечения.**

1. Базисная терапия

А) режим щадящий с ограничением двигательной активности, постельный

Б) лечебное питание – стол №5 по Певзнеру.

1. Лекарственная терапия.

А) дезинтоксикационная терапия (гемодез, 5% раствор глюкозы с добавлением солей калия, полионные буферные растворы («Трисоль», «Ацесоль», «Квартосоль»), реополиглюкин, препараты плазмы).

1. витоминотерапия (А, В, С, Е)
2. гепатопротекторы (эссенциале форте, калия оротат и др)
3. ингибиторы протеолитических ферментов (контрикал)
4. адсорбенты желчных кислот
5. ферментные препараты
6. кокарбоксилаза, метилурацил, токоферол – для коррекции метаболизма и энергетики гепатоцитов
7. антибиотикотерапия (для лечения сопутствующего острого холецистита) – ам

пицилин – 1,0 4 раза в день в/м в течение 10 дней.

10.спазмолитические средства (папаверин, трентал и др.)

**Дневник.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Назначения |  |
| 6.04.99.  t=36,70  Ps=80  АД 120/70 мм рт  ЧДД=17в’ | Состояние средней тяжести, сознание ясное.  Жалобы: на общую слабость, головную боль, бессонницу по ночам, тошноту, снижение аппетита, кожный зуд. Так же на чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье, особенно после еды.  Кожные покровы тёмно-жёлтого цвета, нормальной влажности, склеры иктеричны, язык суховат, у корня обложен серым налётом  Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет.  Дыхание везикулярное.  При поверхностной пальпации живота- живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, при глубокой пальпации печень тугоэластической консистенции, чувствительна, выступает на 3 см из-под рёберной дуги. Размеры печени по Курлову- 14/3х10х9 см; селезёнки – 10х8.  Отёков нет, диурез сохранён, моча тёмная, стул 1 раз в день, кал светлый, оформленный. | Режим постельный  диета №5  папаверин 2мл х 2раза в день в/м  S. Glucosae 5% - 400 мг  Инсулин 4 ед  S. KCl 4% - 30 мл  Трентал 5 мл 1 раз в день + 200 мл NaCl 0,9% в/в  Контрикал 40 тыс. ед.  Полифепан 1 ст ложка х 3 раза в день  Панкреатин 1т х 3р. в день  Политвитамины 1т х 3 раза |
| 8.04.99.  t=36,60  Ps=68  АД 125/70 мм рт  ЧДД=16в’ | Состояние удовлетворительное, сознание ясное.  Жалобы: на общую слабость, головную боль, тошноту, кожный зуд. Так же на чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье, особенно после еды.  Кожные покровы тёмно-жёлтого цвета, нормальной влажности, склеры иктеричны, язык влажный, у корня обложен серым налётом  Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет.  Дыхание везикулярное.  При поверхностной пальпации живота- живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, при глубокой пальпации печень тугоэластической консистенции, чувствительна, выступает на 3 см из-под рёберной дуги. Размеры печени по Курлову- 14/3х10х9 см; селезёнки – 10х8.  Отёков нет, диурез сохранён, моча тёмная, стул 1 раз в день, кал светлый, оформленный. | Режим постельный  диета №5  СЗП в/в 300 мл  50 мг преднизолона и отключить систему  папаверин 2мл х 2раза в день в/м  Трентал 5 мл 1 раз в день + 200 мл NaCl 0,9% в/в  Гемодез – 400 мг  Контрикал 40 тыс. ЕД  Полифепан 1 ст ложка х 3 раза в день  Панкреатин 1т х 3р. в день  Политвитамины 1т х 3 раза |  |
| 10.04.99.  t=36,60  Ps=66  АД 120/65 мм рт  ЧДД=16в’ | Состояние удовлетворительное, сознание ясное.  Жалобы: на общую слабость, головную боль, кожный зуд. Так же на чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье, особенно после еды.  Кожные покровы жёлтого цвета, нормальной влажности, склеры иктеричны, язык влажный, у корня обложен желтоватым налётом  Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет.  Дыхание везикулярное.  При поверхностной пальпации живота- живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, при глубокой пальпации печень тугоэластической консистенции, чувствительна, выступает на 2,5 см из-под рёберной дуги. Размеры печени по Курлову- 13,5/2,5х10х9 см; селезёнки – 10х8.  Диурез в норме, моча тёмная, стул 1 раз в день, кал светлый, оформленный. | Режим постельный  диета №5  NaCl 0,9% 200 ml + цитохром С 10 мг  Контрикал 40 тыс. ЕД  Папаверин 2% - 2 мл в/м 2 раза в день  Р. Рингера 400 мг  Эуфиллин 2,4% - 10 мг  Политвитамины 1т х 3 раза  Мезим-форте 1т х 3 раза  Полифепан 1 ст ложка х 3 раза в день |
| 12.04.99.  t=36,70  Ps=70  АД 125/70 мм рт  ЧДД=16в’ | Состояние удовлетворительное, сознание ясное.  Жалобы: слабость, кожный зуд. Так же на чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье, особенно после еды.  Кожные покровы жёлтого цвета, нормальной влажности, склеры иктеричны, язык влажный, у корня обложен желтоватым налётом  Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет.  Дыхание везикулярное.  При поверхностной пальпации живота- живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, при глубокой пальпации печень тугоэластической консистенции, чувствительна, выступает на 2 см из-под рёберной дуги. Размеры печени по Курлову- 13/2х10х9 см; селезёнки –9,5х8.  Диурез в норме, моча тёмная, стул 1 раз в день, кал окрашен, оформленный. | Режим постельный  диета №5  Контрикал 40 тыс. ЕД  S. Glucosi 3% - 800,0  S.NaCl 4% - 30,0  MgSO4 25% - 10,0  Инсулин 6 ед  Папаверин 2% - 2 мл в/м 2 раза в день  Эссенциале-форте по 2 капсулы 3 раза в день  Политвитамины 1т х 3 раза  Мезим-форте 1т х 3 раза  Полифепан 1 ст ложка х 3 раза в день |
| 14.04.99.  t=36,6 0  Ps=70  АД 120/70 мм рт  ЧДД=17в’ | Состояние удовлетворительное, сознание ясное.  Жалобы: слабость.  Кожные покровы туловища и конечностей телесного цвета, нормальной влажности, кожа лица ещё имеет незначительный желушный оттенок склеры субиктеричны, язык влажный, у корня обложен желтоватым налётом  Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет.  Дыхание везикулярное.  При поверхностной пальпации живота- живот мягкий, безболезненный, при глубокой пальпации печень тугоэластической консистенции, безболезненна, выступает на 2 см из-под рёберной дуги. Размеры печени по Курлову- 13/2х10х9 см; селезёнки –8,5х7.  Диурез в норме, моча светло-жёлтая, стул 1 раз в день, кал тёмный, оформленный. | Режим постельный  диета №5  Контрикал 40 тыс. ЕД  Глюкоза 5% - 400  Инсулин 4 ед  S. KCl 4% - 30 мг  Р. Рингера – 400 мг  Эуфиллин 2,4% - 2 мг  Эссенциале-форте по 2 капсулы 3 раза в день  Политвитамины 1т х 3 раза  Мезим-форте 1т х 3 раза  Полифепан 1 ст ложка х 3 раза в день |

**Эпикриз.**

Больной Осмоловский Юрий Семёнович поступил 25.05.99. в ГИБ. На основании жалоб:на общую слабость, раздражительность, головную боль, бессонницу по ночам, тошноту, обострение всех запахов, значительное снижение аппетита, пожелтение кожи лица, туловища и склер, кожный зуд. Так же на чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье, особенно после еды, эпидемиологического анамнеза, лабораторно-инструментального исследования был поставлен окончательный диагноз: острый вирусный гепатит В (HBs – Ag+, HBc – Ag+, HBe - Ag+, анти-HBcor сум – обнаружены, Ат к Hbe Ig M - обнаруж). Желтушная форма. Средней степени тяжести. Было назначено лечение, в результате которого состояние значительно улучшилось: появился аппетит, прошёл зуд, несколько спала желтушность, прошла тяжесть в правом подреберье, сон стал спокойным и глубоким; улучшились лабораторные показатели (снизился цитолитический АЛТ – 854(при поступлении – 1626), АСТ – 640 (при поступлении – 1353), мезенхимально-воспалительный ( тимоловая 7,9 (13,2), сулемовая 1,8 (1,3) и холестатический ( общий биллирубин 90, прямой 53 (при поступлении 184,1, прямой 131). Наблюдается положительная динамика, следовательно рекомендовано продолжить назначенное лечение. Наблюдение за больным прекращено в связи с окончанием курации.

**Прогноз.**

***Для здоровья*** – неблагоприятный, учитывая тяжесть протекания заболевания, а так же образ жизни больного.

***Для жизни*** – сомнительный.

.