ГОУ ВПО «АГМА» Росздрава

Кафедра пропедевтика внутренних болезней. Заведующий д.м.н. профессор

**История болезни**

**«Цирроз печени»**

Астрахань 2010 г.

**Паспортные данные**

Ф.И.О. **\_\_\_\_\_**

Возраст: 32 года; 22,09,1977 г/р.

Домашний адрес:

Место работы: ООО хлебозавод «Болдинский».

Профессия: каменщик – монтажник.

Должность: грузчик оборудования.

Дата поступления в клинику: 12 марта 2010г.

Направлен: из ОИКБ на скорой медицинской помощи.

**Диагноз направляющего учреждения:** Механическая желтуха.

**Диагноз при поступлении:** Цирроз печени декомпенсированный.

**Диагноз клинический:** Цирроз печени токсико-алиментарный на антибиотики, декомпенсированный. Осложнения портальная гипертензия. Асцит.

**Жалобы на момент поступления:**

На слабость, тяжесть и боль в правом подреберье, увеличивающуюся после физической нагрузке и приема пищи; желтушность кожи и видимых слизистых; на отеки нижних конечностей; на увеличение живота; головную боль; снижение работоспособности.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больнымоколо полугода назад, когда впервые появились слабость, тошнота, боль после приема пищи и физической нагрузки. По поводу этого в больницу не обращался и пытался себе помочь обезболивающим «Темпалгином» и препаратом различных фармакологических групп «активированным углем». Они помогли на время. Со слов больного боли так и продолжали периодически возникали. 5 марта 2010 года, у больного появилась общая слабость, постоянные интенсивные боли в правом подреберье, усиливающиеся после физической нагрузки и приеме тяжелой пищи, на тяжесть в правом подреберье, на отеки нижних конечностей, на увеличение живота. Он в очередной раз пытался помочь себе препаратами «темпалгином и активированным углем», но они уже практически не помогали. Больной в поликлинику не обратился и продолжал ходить на работу. 9 марта 2010 года стал отмечать желтушность кожных покровов и видимых слизистых, отеки нижних конечностей, на увеличение живота. 12 марта 2010 года больной обратился в ОИКБ, где после осмотра врача ему был назначен общий анализ крови. После сдачи анализа был поставлен диагноз – механическая желтуха, после чего и был направлен на скорой медицинской помощи в Городскую Клиническую Больницу №3 им. С.М. Кирова. Такжа проходилось лечение в1986 году по поводу: вирусного гепатитом типа А, но по этому заболеванию больной ничего не говорит ссылаясь на сроки давности.

**Anamnesis vitae**

Родился в 1977 году, в г. Астрахани, в срок, от 2-ой беременности. Вскармливался грудью.

С 7 лет пошел в школу, учился хорошо. От сверстников в умственном и физическом развитии не отставал.

После окончания школы поступил в ПТУ № 12. После окончания училища в 1995г, пошел служить в армию. После службы работал по специальности и не по специальности. На некоторое время уезжал работать в Ахтубенский район в г. Балхуны, но приехал обратно в Астрахань и уже полгода работает на хлебозаводе «Болдинский», по должности грузчик оборудования. Живет в частном доме со всеми коммунальными удобствами, вместе с женой, дочерью и сыном. Одежда и обувь соответствует сезону, гигиеничные. Питание в течение жизни полноценное, регулярное, разнообразное.

В школьные годы занимался разными видами спорта: плавание, футбол, волейбол и др.

Работает грузчиком оборудования в течение 6 месяцев. Работа не связана с производственными вредностями.

Период полового созревания проходил без осложнений в возрасте 14-16 лет. Половой жизнью живет с 18 лет. Женат, имеет 2-х детей. Вредные привычки: курит с 16 лет, употребляет до 20 сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Наркотические средства не употребляет.

**Перенесенные заболевания**

Ранений, контузий не было. Венерическими заболеваниями не страдал. Гемотрансфузий не было. 1986 году переболел вирусным гепатитом типа А. так же в течение жизни болел ОРВИ, ОРЗ.

**Аллергологический анамнез**

Непереносимости пищевых продуктов, парфюмерных изделий, запахов растений, а также лекарственных препаратов больной не отмечает.

**Семейный анамнез и наследственность.**

Ближайшие родственники здоровы.

Страховой полис: ГП 2301165 Согаз Мед.

**Данные объективного исследования.**

Состояние больного средней тяжести, t° тела - 36,8º С.

Положение больного – активное. Сознание ясное. Выражение лица

не представляющее каких-либо болезненных процессов. Внешний вид соответствует возрасту. Нормостенического типа телосложения, умеренного питания. Рост 171см, масса тела 60 кг. Нарушений осанки и походки не отмечается.

*Кожные покровы:* желтоватой окраски. Кожа сухая, чистая, тургор ткани сохранен, обычной влажности, эластична. Выявляются отеки на нижних конечностях, рыхлые, кожа над ними теплая; асцит.

*Подкожно-жировой слой* выражена удовлетворительно, толщина складки на уровне пупка 1,5 см. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, желтоватого цвета, чистые. Слизистые глаз лимонного цвета, влажные, чистые. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десна не изменены. Зубы с кариозными изменениями. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

*Лимфатические узлы* не пальпируются.

Общее развитие *мышечной системы* удовлетворительное. Болезненность при пальпации мышц отсутствует. Тонус мышц одинаков с обеих сторон. Мышечная сила удовлетворительная.

При обследовании *костей* черепа, грудной клетки, позвоночника, конечностей болезненность и деформации не наблюдается.

Суставы правильной конфигурации, безболезненные. Деформации, припухлости, болезненности суставов и околосуставных тканей не определяется. Активные и пассивные движения в полном объеме.

АД - 110/70мм.рт.ст.; Пульс – 78 уд. в минуту; ЧДД – 18 в минуту.

**Органы дыхания**

Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Форма носа не изменена. Грудная клетка правильной конфигурации, нормостенического типа. Тип дыхания - брюшной. Частота дыхания - 18 в минуту. Дыхательные движения обеих сторон грудной клетки средние по глубине, равномерные и симметричные. Вспомогательная дыхательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются. Грудная клетка безболезненна. Эластичность грудной клетки нормальная. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон, неизмененно.

***Перкуссия легких:*** при сравнительной перкуссии легких выявляется ясный звук.

Данные топографической перкуссии

Высота стояния верхушек: (верхние границы легких)

Спереди: справа - 2 м выше уровня ключицы, слева - 2 см выше уровня ключицы.

Сзади: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кренига: справа - 4см, слева - 5 см.

Подвижность нижних краев легких (в см.)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографические линии | С. Справа | | | С. Слева | | |
| Среднеключичная | 2 | 2 2 | 4 | **-** | **-** | **-** |
| Ср. подмышечная | 3 | 3 | 6 6 | 3 | 3 | 6 |
| Лопаточная | 2 | 2 2 | 4 4 | 2 | 2 | 4 |

***Аускультация легких:***

При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание. Бронхофония не изменена, одинаковая с обеих сторон. Хрипов нет.

**Сердечно – сосудистая система**

***Пальпация:*** область сердца не изменена. Верхушечный толчок не визуализируется, пальпируется в V межреберье, по левой среднеключичной линии, шириной около 2 см, низкий, умеренной силы. Сердечный толчок отсутствует.

***Перкуссия:***

Границы относительной тупости сердца:

Правая - 1 см кнаружи от правого края грудины.

Верхняя – на уровне Ш межреберья по парастернальной линии слева.

Левая - 2 см внутри от левой среднеключичной линии в V межреберье.

Поперечник относительной тупости сердца 14 см. Конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - левый край грудины,

Верхняя - на уровне IV ребра,

Левая - 2,5 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье.

Ширина сосудистого пучка 5 см.

Аускультация: тоны ясные, ритмичны. Частота сердечных сокращений 78 в 1 минуту. Шумы не выслушиваются.

*Исследование сосудов.*

Пульс 78 удара в 1 минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, нормальной величины, одинаковый на обеих руках. При аускультации артерий патологических изменений не выявлено. Артериальное давление на левой руке - 115/70 мм рт. ст.

Исследование вен - без особенностей.

**Система пищеварения**

Запах табака изо рта. Слизистая оболочка ротовой полости бледно-розового цвета, миндалины не увеличены, десны бледно-розового цвета. Имеются кариозные зубы. Язык влажный, обложенный белым налетом, сосочки выражены.

Живот увеличен в объеме, распластан в положении лежа, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок втянут. Окружность живота на уровне пупка - 75 см. при перкуссии живота определяется тимпанический звук. Определяется уровень жидкости. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области справа от срединной линии. Симптом раздражения брюшины (Щеткина - Блюмберга) отрицательный.

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области, цилиндрической формы, диаметром 2,5 см, безболезненная, легко смещается, гладкая, урчащая. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, цилиндрической формы, мягкая, гладкая, подвижная, безболезненная, урчащая, диаметром 2 см.

Остальные отделы толстой кишки не пальпируются. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

Методами перкуссии, глубокой пальпации, перкуторной пальпации и аускульто – аффрикции нижняя граница желудка определяется на 3 см. выше пупка. Плеска над желудком не выслушивается. Поджелудочная железа не пальпируется. При аускультации живота выслушиваются перистальтические кишечные шумы.

Размеры печеночной тупости по Курлову:

По среднеключичной линии – 13 см.

По срединной линии тела – 12 см.

По левой реберной дуге – 8,5 см.

Печень пальпируется, нижний край печени острый, неровный, плотный, безболезненный, выходит из под края реберной дуги на 4 см; Поверхность печени бугристая.

Верхняя граница селезенки по левой среднеоксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 12 ребре. При осмотре области селезенки выпячиваний и деформаций нет. Селезенка не пальпируется. Симптом Кера, Грекова – Ортнера, Рашбы, Мерфи, Мюсси, Макензи – отрицательный.

**Органы мочевыделения**

При осмотре области почек патологических изменений не выявляются. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не выступает над лобком, не пальпируется. Мочеточниковые точки безболезненны. Диурез регулярный, 3 – 4 раза в день.

**Нервная система**

Рефлексы сохранены. Реакция на свет положительная, слух не нарушен, речь связанная, адекватная.

**Эндокринная система**

Увеличение щитовидной железы не наблюдается. Глазные симптомы отрицательны. Симптом Епишка (избирательно положение пигментов в коже век) ксантоз не отмечается.

**Предварительный диагноз**

Больной поступил с жалобами на слабость, тяжесть в правом подреберье, увеличивающуюся после физической нагрузке и приема пищи; желтушность кожи и видимых слизистых; на отеки нижних конечностей; на увеличение живота; головную боль; снижение работоспособности.

Основное заболевание: Цирроз печени токсико-алиментарный, декомпенсированный. Осложнения: портальная гипертензия. Асцит. Желтуха паренхиматозная, печеночно-клеточная недостаточность.

***Лабораторные и инструментальные методы исследования***

1. *Общий анализ крови:* Назначаем для выявления эритропении, лейкопении, тромбоцитопении (т.е. признаков гиперскленизма), и/или выявления признаков хронического воспаления (повышение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево). Эритроциты - 4,31х10^12/л Hb - 140 г/л Цвет. Показатель - 0,98, Лейкоциты - 6х10^9/л, палочкоядерные - 7%, сегментоядерные - 55%. Лимфоцитов - 29%, моноцитов - 9% CОЭ - 13 мм/ч.
2. *Биохимический анализ крови:* В нем нас интересуют показатели количество общего белка, белковых фракций, показатели белковых осадочных проб, активности аминотрансферраз (они могут быть повышены). Так как есть субиктеричность кожи обязателен показатель билирубина.

Общий белок – 63,1 г/л; белковые фракции – 34,6г/л; мочевина – 1,30 ммоль/л; креатинин – 34 ммоль/л; билирубин – 245,7 ммоль/л; липиды общие – 234,87ммоль/л; холистерин общий – 7,25ммоль/л; железо – 20 ммоль/л; аминотрансферразы: АЛТ – 55,6 ед.; АСТ – 120,8 ед.; фосфотаза щелочная – 584 ед.; тимол – 6,0 ед.; глюкоза натощак – 5,51 ммоль/л.

1. *Анализ мочи*. Так как мы подозреваем патологию печени в моче могут быть желчные пигменты и уробилин. Цвет – соломенный; прозрачность – N; относительная плотность – 60,00; реакция – с/ нет; белок – отрц.; билирубин - +++; уробилин – отрц.; соли – ослон.++.
2. *Анализ кала:* Мы подозреваем цирроз печени и портальную гипертензию, поэтому может быть варикозное расширение вен прямой кишки и пищевода. Исходя из этого желательно проведение реакции на скрытую кровь (реакция Грегерсена). Консистенция – мягкая; форма – полуоформленная; цвет – коричневый; мышечные волокна с исчерченностью - +; без исчерченности - ++; растительная клетчатка переваримая – +++; непереваримая – +; простейшие и я/г. – не обнаружен. ***Результаты инструментальных исследований:***
3. УЗИ органов брюшной полости. Информативно - дает данные о состоянии печени, портальной вены, селезенки и других органов брюшной полости. Печень - правая доля 16,2см; левая – 7,4см; контуры не ровные; паренхима: повышенной плотности однородна; воротная вена – 1,1см; холедох – 0,4см; в брюшной полости большое количество свободной жидкости; внутрипеченочные желточные протоки не расширены; желчный пузырь: поперечник 2,8см; деформация с не перетяжной в л/з; стенки – 04см; конкременты не выявлены; селезенка – 10,5\*4,2см; поджелудочная железа – 3,0\*1,4\*2,1см; структура не однородная, контуты не ровные. Заключение: признаки портальной гипертензии. Асцит.
4. *ЭГДС.* При этом исследовании ожидаем получение данных в подтверждение варикозного расширения вен пищевода (симптом портальной гипертензии).Пищевод без видимой патологии, нормальной проходимости. Кардиальный жом смыкается, в желудке умеренное количество мутного желудочного содержимого, слизь с примесью желчи светлой. Складки изветы, при раздувании желудка воздухом расправляются не полностью. Слизистая воспалена отечна. Перистальтика равномерна, средней глубины, пикарический жом концентрический. Луковица 12-ой перстной кишки не деформирована. Слизистая воспалена, отечна. Слизистая постбульбарного отдела 12-ой перстной кишки розовая, не отечна.

*Заключение:* Поверхностный гастродуоденит. асс с желчью. Бульбит.

**Клинический диагноз**

диагноз цирроз печень

Цирроз печени токсико-алиментарный, декомпенсированный. Портальная гипертензия. Асцит.

Обоснование диагноза.

Учитывая жалобы больного: на постоянные ноющие интенсивные боли в правом подреберье, усиливающиеся после физической нагрузки и приеме жирной и жаренной пищи, на тяжесть в правом подреберье, на отеки нижних конечностей, на увеличение живота, на слабость, на снижение работоспособности; учитывая сведения из истории заболевания: перенесенный в 1986 года острый вирусный гепатит типа А, но по этому заболеванию больной ничего не говорит ссылаясь на сроки давности, знает только, что после проведенного лечение стало намного лучше.

Развития процесса, непродолжительный период (6 месяцев), развитие цирроза и явные признаки портальной гипертензии определяют, что цирроз печени токсико-алиментарный, декомпенсирванный. Асцит. Желтуха паренхиматозная, печеночно-клеточная недостаточность.

***Дифференциальный диагноз.***

Для сравнения возьмем острый вирусный гепатит типа С.

Больной обратился с жалобами на боли в правом подреберье, что так же свойственно для гепатита типа С, но обратим внимание на продолжительность возникновения, если при циррозе печени при поступлении больной жаловался на постоянные ноющие боли в правом подреберье и они еще и усиливались после приема жирной пищи и физической нагрузке, то при гепатите типа С боли возникают периодически и в основном после приема жирной пищи и физической нагрузке. Желтушность кожи и видимых слизистых наблюдается в обоих случаях. Так же наблюдается увеличение живота и отеки нижних конечностей как и при циррозе печени и при гепатите типа С. При гепатите типа С наблюдается нарушение стула (диарея), то при циррозе печени этого нет. Второстепенные жалобы, слабость, понижение работоспособности характерна для всех сравниваемых заболеваний. Как при циррозе печени, так и при гепатите типа С может наблюдаться тошнота, рвота.

При осмотре мы выявляем желтушность кожных покровов, обложенность языка, увеличение печени, что характерно для поставленного диагноза и для гепатите типа С. Желтушность кожных покровов и видимых слизистых развивается в связи накоплением в тканях и крови билирубина, которая бывает при гепатите типа С, цирроза печени и механической желтухе.

При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области справа от срединной линии, увеличен у объеме. Так как при гепатите типа С увеличение живота не наблюдается, живот без болезненный.

Данные УЗИ брюшной полости свидетельствует только о портальной гипертензии и асцит, что характеризует осложнение при циррозе печени. Заключение: Цирроз печени токсико-алиментарный, декомпенсированный. Осложнения: портальная гипертензия. Асцит. Желтуха паренхиматозная, печеночно-клеточная недостаточность.

**Лечение**

1. Назначение диеты №5. На этом этапе нужно уменьшение количества белка, ограничение жиров до 60 г, ограничение углеводов не более 200 г, общая энергетическая ценность не более 72, максимум 81,6 Мдж, обязательны поливитамины и включение в рацион кисломолочных продуктов. Для борьбы с отеками важно чтобы пища содержала как можно меньше солей (особенно солей Na). Диета должна быть механически и химически щадящей; механически, потому что опасно кровотечение из варикозных вен, а химически, потому что переваривание нарушено.

2. Назначение препаратов компенсирующих функцию печени:

а) Гепатопротекторов

1) Легалон. Механизм действия: обладает гепатопротекторным действием, объясняющееся антиоксидантной активностью (торможение перикисного окисления липидов), стимуляцией синтеза белка, нормолизацией обмена фосфолипидов.

Показания: острые и хронические гепатиты, цирроз печени. Побочное действие: послобляющее. Rp.: Dragee “Legalon-70” N 100

D.S. По 1 драже 3 раза в день.

2) Лив-52. Механизм действия: улучшает функцию печени, повыщает аппетит, улучшает пищеварение, способствует отхождению газов из кишечника. Показания: хронические заболевания печени. Побочные действия: диспепсические явления, эпидермальный некролиз.

Rp.: Tab. “Liv-52” N 50

D.S. По 2 таблетки 4 раза в день.

б) Средств, регулирующих метаболические процессы Эссенциале. Механизм действия: уменьшает желтуху, улучшает функцию печени, течение ферментативных процессов, биохимические показатели (повышает активность аминотрансфераз), микроциркуляцию. Показания: хронические гепатиты, дистрофии и циррозы печени, поражения печени, связанные с диабетом, алкоголизмом и др.

Rp.: “Essentiale” in caps. N 50

D.S. По 2 капсулы 3 раза в день.

3. Назначение витаминотерапии. Лечение симптоматическое или назначение поливитаминов.

4. Назначение препаратов, направленных на борьбу с асцитом. Диуретиков

а) Препаратом выбора является Спиронолактон. Механизм действия: диуритический эффект связан с антогонизмом по отношению к гормону коры надпочечников - альдостерону (альдостерон задерживает в организме электролиты, в частности натрий, а вследствие этого и воду). Показания: отеки при сердечной недостаточности, при асцитах в связи с циррозом печени, при нефротическом синдроме. Противопоказания: острая почечная недостаточность, нефротическая стадия нефрита, азотемия. Побочные действия: тошнота, сонливость, атаксия, кожная сыпь.

Rp.: Tab. Spironolactoni 0,025

D.t.d.N. 40

S. По 1 таблетке 3 раза в день.

б) Возможно дополнение терапии спиранолоктоном другими диуретиками. Например фуросемидом с препаратами калия.

**Дневники**

17.03.10 г.

Состояние стабильное, жалобы на боль и тяжесть в правом подреберье, увеличивающие после приема пищи и физической нагрузке, сухость во рту, пожелтение кожи и слизистых, отеки нижних конечностей. При обследовании: кожные покровы и видимые слизистые желтоватой окраски, язык влажный обложен белым налетом, сосочки выражены. При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание. Хрипов нет. Голосовое дрожание симметрично с обеих сторон. Частота дыхания 18 вдохов в минуту. Аускультация сердца: тоны ясные, ритмичны. Частота сердечных сокращений 78 в 1 минуту. Шумы не выслушиваются. Пульс 78 удара в 1 минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, нормальной величины, одинаковый на обеих руках. При аускультации артерий патологических изменений не выявлено. Артериальное давление на левой руке -115/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, распластан в положении лежа, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок втянут. При перкуссии живота определяется тимпанический звук. Определяется уровень жидкости. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области справа от срединной линии. Симптом раздражения брюшины (Щеткина - Блюмберга) отрицательный. Печень пальпируется, нижний край печени острый, неровный, плотный, безболезненный, выходит из-под края реберной дуги на 4 см; Поверхность печени бугристая.

При аускультации живота выслушиваются перистальтические кишечные шумы. Диурез 6-7 раз в день.

*Основное заболевание:* Цирроз печени токсико-алиментарный, декомпенсированный. *Осложнения*: портальная гипертензия. Асцит. Желтуха паренхиматозная, печеночно-клеточная недостаточность.

18.03.10 г.

Состояние стабильное, жалобы на боль и тяжесть в правом подреберье, увеличивающие после приема пищи и физической нагрузке, сухость во рту, пожелтение кожи и слизистых, отеки нижних конечностей (уменьшаются после приема диуретиков). При обследовании: кожные покровы и видимые слизистые желтоватой окраски, язык влажный обложен белым налетом, сосочки выражены. При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание. Голосовое дрожание симметрично с обеих сторон. Хрипов нет. Частота дыхания 20 вдохов в минуту. Аускультация сердца: тоны ритмичны, ясные. Частота сердечных сокращений 76 в 1 минуту. Шумы не выслушиваются. Пульс 76 удара в 1 минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, нормальной величины, одинаковый на обеих руках. Артериальное давление на левой руке -120/80 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок втянут. При перкуссии живота определяется тимпанический звук. Определяется уровень жидкости (уменьшаются после приема диуретиков). При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области справа от срединной линии. Симптом раздражения брюшины (Щеткина - Блюмберга) отрицательный. Печень пальпируется, нижний край печени острый, плотный, неровный, безболезненный, выходит из под края реберной дуги на 4 см. Поверхность печени бугристая. При аускультации живота выслушиваются перистальтические кишечные шумы. Диурез 6 раз в день.

*Основное заболевание:* Цирроз печени токсико-алиментарный, некомпенсированный. *Осложнения*: портальная гипертензия. Асцит. Желтуха паренхиматозная, печеночно-клеточная недостаточность.

20.03.10 г.

Состояние стабильное, жалобы на тяжесть в правом подреберье, увеличивающие после приема пищи и физической нагрузке, пожелтение кожи и слизистых (меньше выражено). При обследовании: кожные покровы и видимые слизистые желтоватой окраски (меньше выраженно), язык влажный обложен белым налетом. При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание. Голосовое дрожание симметрично с обеих сторон. Хрипов нет. Частота дыхания 19 вдохов в минуту. Аускультация сердца: тоны ритмичны, ясные. Частота сердечных сокращений 78 в 1 минуту. Шумы не выслушиваются. Пульс 78 удара в 1 минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, нормальной величины, одинаковый на обеих руках. Артериальное давление на левой руке -118/80 мм рт. ст. Живот не увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок втянут. При перкуссии живота определяется тимпанический звук. Уровень жидкости (уменьшался после приема диуретиков). При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области справа от срединной линии. Симптом раздражения брюшины (Щеткина - Блюмберга) отрицательный. Печень пальпируется, нижний край печени острый, плотный, неровный, безболезненный, выходит из под края реберной дуги на 3 см. Поверхность печени бугристая. При аускультации живота выслушиваются перистальтические кишечные шумы. Диурез 5 раз в день.

*Основное заболевание:* Цирроз печени токсико-алиментарный, декомпенсированный. *Осложнения*: портальная гипертензия. Асцит. Желтуха паренхиматозная, печеночно-клеточная недостаточность.

**Эпикриз**

\_\_\_\_\_\_ в возрасте 32 года поступил в 3-ю городскую клиническую больницу 17 марта 2010г., экстренно. Поступил с жалобами на слабость, тяжесть и боль в правом подреберье, увеличивающуюся после физической нагрузке и приема пищи; желтушность кожи и видимых слизистых; на отеки нижних конечностей; на увеличение живота; головную боль; снижение работоспособности. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые желтоватой окраски, язык влажный обложен белым налетом, сосочки выражены, лимфатические узлы не пальпируются.

Грудная клетка правильной конфигурации, нормостенического типа. Частота дыхания - 18 в минуту. Грудная клетка безболезненна. Эластичность грудной клетки нормальная. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон, неизмененно. При сравнительной перкуссии легких выявляется ясный звук. Дыхательные движения обеих сторон грудной клетки средние по глубине, равномерные и симметричные. Вспомогательная дыхательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Ключицы и лопатки симметричны. При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание. Бронхофония не изменена, одинаковая с обеих сторон. Хрипов нет.

Область сердца не изменена. Верхушечный толчок не визуализируется, пальпируется в V межреберье, по левой среднеключичной линии, шириной около 2 см, низкий, умеренной силы. Тоны ясные, ритмичны. Частота сердечных сокращений 78 в 1 минуту. Шумы не выслушиваются. Пульс 78 удара в 1 минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, нормальной величины, одинаковый на обеих руках. При аускультации артерий патологических изменений не выявлено. Артериальное давление на левой руке - 115/70 мм рт. ст.

Живот увеличен в объеме, распластан в положении лежа, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок втянут. При перкуссии живота определяется тимпанический звук. Определяется уровень жидкости. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области справа от срединной линии. Симптом раздражения брюшины (Щеткина - Блюмберга) отрицательный. Методами перкуссии, глубокой пальпации, перкуторной пальпации и аускульто – аффрикции нижняя граница желудка определяется на 3 см. выше пупка. Плеска над желудком не выслушивается. Поджелудочная железа не пальпируется. При аускультации живота выслушиваются перистальтические кишечные шумы. Печень пальпируется, нижний край печени острый, неровный, плотный, безболезненный, выходит из под края реберной дуги на 4 см; Поверхность печени бугристая. При осмотре области селезенки выпучиваний и деформаций нет. Селезенка не пальпируется. При осмотре области почек патологические изменения не выявляются. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

За время прибывания в клинике больной был обследован и ему произвели следующие лабораторно-инструментальные исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, анализ кала, УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС, при этом выявлено: желтушность кожных покровов, увеличение размеров печени, её острый, неровный, плотный край, выступающий из под края реберной дуги на 4 см, её бугристая поверхность, диффузные изменения печени с явлениями портальной гипертензии, что позволило поставить диагноз: Цирроз печени токсико – алиментарный, декомпенсированный. *Осложнения*: портальная гипертензия. Асцит. Желтуха паренхиматозная, печеночно – клеточная недостаточность. Проводилось медикаментозное лечение (эссенциале, спиронолактон, фуросемид). Самочувствие больного улучшилось: перестали беспокоить боли, стали уменьшаться отеки. В дальнейшем больному показана поддерживающая терапия эссенциале и спиронолактоном.

**Прогноз**

Прогноз для жизни относительно неблагоприятный, так как уже есть морфологические изменения печеночной ткани. Если процесс будет прогрессировать, функция печени окончательно нарушится, а это опасно развитием осложнений цирроза печени (кровотечения, печеночная кома). Поэтому и полного восстановления трудоспособности не может быть. Полное выздоровление невозможно.

**Профилактика**

Профилактика только не специфическая - соблюдение диеты, своевременный прием препаратов, предохранение от токсических воздействий.