#  ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

## Ф.И.О. x

## Возраст: 16 лет

## Место жительства:

## Профессия: учащийся

## Место работы: школа № 197

## Дата госпитализации: 9 апреля 1997 года

## Диагноз при поступлении: Вирусный гепатит.

## Клинический диагноз: Вирусный гепатит С, средней степени тяжести.

# ЖАЛОБЫ

## Жалобы: на тяжесть в правом подреберье и колющие боли, на головную боль, возникающую к вечеру, на сухость во рту, слабость, на потемнение мочи и посветление кала, на пожелтение кожных покровов.

# ANAMNESIS MORBI

## Считает себя больным 30 марта 1997года, когда появились ухудшение аппетита, нарушение аккомодации, потемнение мочи.4апреля обратил внимание на пожелтение кожных покровов изуд. 5 апреля зуд и желтушность кожи усилились, стала темней моча, стул стал светлым и кашицеобразным, повысилась температура до 37,2,появились интенсивные колющие боли в правом подреберье,эпигастральной и селезеночной областях. В связи с этим обратился в участковую поликлинику. После осмотра участковым терапевтом с предварительным диагнозом: "Вирусный гепатит" направлен в больницу им. Боткина. За время пребывания в больнице самочувствие больного улудшелось: снизилась температура,изчезли боли в селезеночной области

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, инъекции не производились,за пределы Ленинградской области не выезжал . Около 2-х месяцев назад больной зделал себе внутривенную инъекцию наркотика.Контактов с животными не имел. Питается дома,регулярно.

# ANAMNESIS VITAE

## Родился в 1981 году в городе Ленинграде в семье рабочих 1-м ребенком. Физически и интеллектуально развивался нормально, от сверстников не отставал. С 7-ми лет пошел в школу. Учился хорошо. В 1994 году бросил школу всвязи с уходом за матерью перенесшей инсульт.В данный момент обучается самостоятельно с целью закончить школу экстерном. Материально обеспечен, проживает в двухкомнатной квартире с родителями. Питание регулярное-3 раза в день, полноценное, разнообразное.

# ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## ОРВИ, ангины. В 13 лет перенес операцию по поводу перекрута яичка.

# НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

## Мать больна гипертонической болезнью.Отец-здоров.Сведений о других родственниках не имеет.

# СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

## Холост, детей не имеет.

# ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

## Не курит,алкоголь не употребляет.Со слов больного около 2-х месяцев назад единственный раз зделал внутривенную инъекцию наркотика.

# АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает.

# СТРАХОВОЙ АНАМНЕЗ

## Последний больничный лист в январе 1995 года

# STATUS PRAESENS OBJECTIVUS

## 18 день болезни. 8 день пребывания в стационаре. Температура тела 36,8° С.

# ОБЩИЙ ОСМОТР

## Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенического типа телосложения, умеренного питания. Внешний вид соответствует возрасту. Кожные покровы желтые, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Дермагрофизм белый нестойкий. Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно, толщина складки на уровне пупка 1,5 см. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые.

## Слизистая глаз желтая, влажная, чистая. Склеры иктеричные. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек желтая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

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

## Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен. Рост 168 см, вес 65 кг.

# СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Верхушечный толчок визуально не определяется.

# Пальпация

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

# Перкуссия

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

## Границы абсолютной сердечной тупости:Правая-по левому краю грудиныВерхняя-на уровне 4-го ребраЛевая-на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

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

# Аускультация

## Тоны сердца ритмичные, ясные, звучные.

## Артериальное давление 110/70 мм рт. ст.

# ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

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

# Пальпация

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

# Перкуссия

## Топографическая перкуссия.

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

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

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

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

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

## Сравнительная перкуссия:

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

# Аускультация

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

# ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

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

# Пальпация

## Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный. Выявляется болезненность при пальпации правого подреберья.

## Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

## Нижний край печени острый, ровный, плотноэластичный, болезненный, выходит из под края реберной дуги на 3 см; Поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус - отрицательные. Селезенка не пальпируется.

# Перкуссия

## Размеры печени по Курлову: по правой седнеключичной линии 13 см, по передней срединной линии 10 см, по левой реберной дуге 8 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеоксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

# МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

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

# НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

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

# ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

## На основании жалоб больного (головные боли, возникающие вечером, сухость во рту, потемнение мочи и посветление кала, желтушность и зуд кожных покровов, тяжесть в правом подреберье), данных анамнеза болезни, которые отражают характерное развитие заболевания с цикличностью: постепенное начало, наличие преджелтушного периода: ухудшение аппетита, симптомами интоксикации, последующего желтушного периода, причем при появлении желтухи самочувствие больного ухудшается:появляются боли в эпигастральной области,в правом подреберье и области селезенки, эпидемиологического анамнеза (около 2-х месяцев назад зделал себе в/в инъекцию наркотика) и данных объективного обследования: выявление иктеричности склер, желтушности видимых слизистых и кожных покровов, обложенного белым налетом языка, брадикардии, болезненности при пальпации правого подреберья, увеличения размеров печени на 3 см, ее болезненности при пальпации, можно заподозрить вирусный гепатит у больного, а информация о том, что больной около 2-х месяцев назад употребил в/в наркотик,позволяет думать о вирусном гепатите с парэнтеральным механизмом передачи (В или С).

# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

## Лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови. Назначаем для выявления симптомов характерных для вирусного поражения, то есть лейкопении, может быть увеличение моноцитов, ускоренная СОЭ.
2. Биохимический анализ крови. В нем нас интересуют показатели количество общего белка, белковых фракций, показатели белковых осадочных проб, активности аминотрансферраз (они должны быть повышены). Обязателен показатель билирубина. Так как нарушается функция печени обязательно смотрим уровень протромбина.
3. Анализ мочи. Так как мы подозреваем патологию печени в моче могут быть желчные пигменты и уробилин.
4. Анализ кала на яйца глистов.
5. Вирусологическое исследование. ИФА для выявления HAV IgM, HEV IgM, HBsAg, HCV At, HDV At.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

## Результаты лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови от 9 апреля 1997г.
Эритроциты- 4,2х10^12/л
Hb- 132 г/л
Цвет. показатель- 0,95
Лейкоциты- 6х10^9/

 базофилы-1%
 палочкоядерные- 6%
 сегментоядерные- 55%
 Лимфоцитов- 30%
 Моноцитов- 8%
CОЭ- 2 мм/ч

2.Клинический анализ крови от 16 апреля 1997г.

 Эритроциты- 4,5х10\*12/л

 Hb- 147 г/л

 Цвет. Показатель-0,98

 Гематокрит-44%

3.Биохимический анализ крови от 10 апреля 1997г.

АлАТ 1720ЕД/л
Билирубин общ. 459 мкмоль/л
Протромбиновый индекс 72%
Фибриноген 2,9 г/л

4.Биохимический анализ крови от 16 апреля 1997г.

АлАТ 1451ЕД/л

Билирубин общ. 440 мкмоль/л

 Вирус гепатита поражает гепатоциты, поэтому биохимические показатели будут характерны для цитолитического, холестатического и мезенхимально-воспалительного синдромов, с нарушением многих функций печени. Выявляются повышение активности АлАТ, гипербилирубинэмия, снижение протромбинового индекса.

5.Анализ мочи от 11 апреля 1997г.
Цвет темно-желтый Белок 0
Прозрачность Прозрачная Сахар 0
Реакция кислая Уробилиноиды 2
Относительная плотность 1020 Билирубин 2
Лейкоциты 3-4 в поле зрения
Эпителий плоский 3-4 в поле зрения
 Изменения в моче обусловлены гипербилирубинэмией и поражением печени. Находим уробилин и желчные пигменты, которые и дают темный цвет мочи.

6.Исследование кала от 10 апреля 1997г.
Яйца глистов не обнаружены

7.Серологическое исследование.
 11 апреля 1997г.Геп. А - HAV IgM (-) отрицательный
 11 апреля 1997г.Геп. С -anti- НCV диаплюс (+) положительный
 14 апреля 1997г.Геп. В - HBsAg (-) отрицательный

 17 апреля 1997г.Геп. В-НВcorАВ общ.(-)отрицательный

 17 апреля 1997г.Геп.В-НВеАg (-)отрицательный

 17 апреля 1997г.Геп.Е-анти-ВГЕ общ.(-)отрицательный
 Нахождение anti-HCV диаплюс подтверждает диагноз вирусного гепатита С .

# ДНЕВНИК

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Назначения |
| 17.04.97 | Жалобы на тяжесть в правом подреберье, сухость во рту, тошноту, слабость. Состояние средне-тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы желтые. Склеры иктеричные. Видимые слизистые желтые, влажные, чистые. Язык обложен белым налетом. Пульс 58 уд/мин. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Отмечается болезненность в правом подреберье при пальпации. В остальных областях живот мягкий, безболезненный. Край печени плотноэластической консистенции, острый, выходит из-под края реберной дуги на 3 см, поверхность печени гладкая. Моча темная. Стул светлый, кашицеобразный - 1 раз в день. | Режим 2 #Диета № 5 #Щелочное питье #Tab. Ascorutiniпо 1 таблетки 3 раза в день #Sol. NaCl 0,9%-500,0Sol. Acidi ascorbinici 5%-5,0внутривенно капельно 1 раз в день. |
| 18.04.97 | Жалобы на тяжесть в правом подреберье, слабость, сухость во рту. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые желтые. Склеры иктеричные. Пульс 60 уд/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Край печени плотноэластической консистенции, острый, выходит из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Моча темно-желтая, стул светлый оформленный. | Режим 2 #Диета № 5 #Щелочное питье #Tab. Ascorutiniпо 1 таблетки 3 раза в день #Sol. Glucosi 5%-500,0Sol. Acidi ascorbinici 5%-5,0внутривенно капельно 1 раз в день. |

## **ДИФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ 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 заболеваниям:малярией(желтушной формой)и псевдотуберкулезом.

## Проведем дифференциацию между вирусным гепатитом и желтушной формой малярии, так как при этих заболеваниях выявляется желтуха, болезненная увеличенная печень,лейкопения,эритропения,снижение уровня гемоглобина. Но для малярии важны данные эпидимиологического анамнеза: выезд в страны с теплым и жарким климатом , что больной отрицает. У него в эпидимиологическом анамнезе обращает на себя внимание то,что около 2-х месяцев назад больной зделал себе в/в инъекцию наркотика. Различны и преджелтушные периоды. При лемалярии клинические проявления имеют особенности: больные жалуются на высокую,часто приступообразную лихорадку с фазами озноба,жара и пота, большую слабость,распространенные миалгии и артралгии при этом лицо может приобретать землистый оттенок. При гепатите В или С (и у больного), выраженной лихорадки может не быть, выявляются более астенические симптомы (слабость, ухудшение аппетита). При вирусном гепатите В или С, симптомы интоксикации - усиливаются, что мы и видим у больного: присоединение новых жалоб на головные боли, сухость во рту. Но при малярии симптомы наростают только в периуд приступа(1-12часов) чего мы не видим у больного. Окончательно отдеффиринцировать эти заболевания позволят лабораторные методы. В клиническом анализе крови при гепатите вирусной этиологии выявляем лейкопению, замедление СОЭ, может быть небольшой моноцитоз (такие же изменения у больного). При малярии в крови определяется ускоренная СОЭ. Очень важны биохимические показатели: умеренно повышена активность АлАТ и АсАТ, в отличии от гепатита. При малярии же наблюдается повышение активности щелочной фосфотазы, небольшое снижение протромбинового индекса, белково-осадочные пробы обычно не изменяются. У больного высокая активность АлАТ при высоком уровне билирубина, щелочная фосфатаза в пределах нормы, протромбиновый индекс значительно снижен, изменены белковоосадочные пробы, что дает еще один "плюс" в пользу вирусного гепатита. И, наконец, лабораторные исследования, направленные на выявление возбудителя (бактериологический, серологический) дают выявление у больного HBsAg, что позволяет окончательно поставить диагноз вирусного гепатита В и исключить малярию.

## Особую сложность представляет дифференцировка вирусного гепатита В или С от псевдотуберкулеза.Несмотря на ряд сходств в клинических проявлениях этих двух заболеваний таких как (слабость,недомогание,повышенную температуру,головную боль,появление белого стойкого дермографизма,пожелтение кожных покровов и боли в правом подреберье,снижение аппетита),все же нельзя не обратить внимание на сильные различия в этих заболеваниях.При псевдотуберкулезе температура обычно имеет ввысокие цифры,особенно в начале заболевания (до 39-40,0)и держится весь периуд заболевания с небольшим снижением,чего не наблюдается при вирусном гепатите В или С,когда температура достигает 37,5 в преджелтушный период,а споявлением желтухи температура снижается до обычных цифр.При псевдотуберкулезе желтуха достигает максимума в разгар болезни(10-12день)и затем быстро угасает.Язык так же обложен белым налетом,но перввые 5дней,а затем очищается и становится малиновым.И наконец при псевдотуберкулезе возможно появление розеолезных и псевдопятнистых высыпаний.Всех этих клинических проявлений мы не отмечаем у нашего больного.Что касается лабораторной диагностики,то обращает на себя внимание лейкоцитоз,ускорение СОЭ,нейтрофилез,эозинофилия,которые являются характерной чертой псевдотуберкулеза(при вирусном гепатите эти показатели противоположны).И наконец точку в этой дифференцировки может поставить выяснение эпиданамнеза.Для псевдотуберкулеза характерно употребление в пищу не мытых овощей и сырой воды,что больной отрицает,а указывает на в/в инъекциюн аркотика.Серологические иследования позволяют окончательно поставить точку в этой дифференцировке.

## КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

## Учитывая жалобы больного: на головные боли, возникающие вечером, нарушения аккомодации, сухость во рту, на тяжесть в правом подреберье, слабость, потемнение мочи и посветление кала; учитывая сведения из истории заболевания, которые отражают цикличность заболевания (постепенное начало, наличие преджелтушного периода,с умеренными симптомами интоксикации, последующий желтушный период с ухудшением самочувствия больного); учитывая эпидимиологический анамнез:около двух месяцев назад зделал себе в/в инъекцию наркотика; особо обращая внимание на данные объективного обследования: выявление у больного при общем осмотре желтушности кожных покровов и видимых слизистых, иктеричности склер, при исследовании сердечно-сосудистой системы выявление брадикардии, пониженного артериального давления, при исследовании пищеварительной системы обнаружение острого, ровного, плотноэластического, болезненного края печени, выходящего из под края реберной дуги на 3 см, гладкой поверхности печени, увеличения размеров печени по Курлову ( 13х10х8см ); и на данные лабораторных исследований: на сниженое СОЭ, лейкопению, умеренный моноцитоз в периферической крови, высокого уровня общего билирубина, повышения активности АлАТ, снижение протромбинового индекса при биохимическом исследовании крови, на наличие в моче уробилина и желчных пигментов, и наконец на обнаружение anti-HCV диаплюс при серологическом исследовании - мы можем с определенной точностью сказать, что у больного вирусный гепатит С. А умеренные симптомы интоксикации (головные боли, сухость во рту, слабость, нарушение аккомодации), уровень билирубина свыше 200 мкмоль/л и снижение протромбинового индекса ниже 75% позволяет поставить больному средне-тяжелую форму течения заболевания.

## Клинический диагноз: Вирусный гепатит С, средней степени тяжести.

# ПРОГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

## Прогноз для жизни относительно благоприятный, так как уже есть морфологические изменения печеночной ткани, хотя и воспалительного характера. Учитывая возраст больного (16 лет), средне-тяжелую форму заболевания, поддающуюся терапии, адекватное поведение больного, отсутствие у него сопутствующей патологии, удовлетворительные бытовые условия, можно сказать, что процесс может полностью регрессировать, вплоть до полного клинического выздоровления больного, при соблюдении им должной диеты. Но у больного гепатит С, который часто может переходить в хронические формы, с развитием в дальнейшем цирроза печени, при влиянии неблагоприятных факторов (курение, несоблюдение диеты, употребление алкоголя даже в небольших количествах). Не исключено, что у больного в периоде выздоровления может развиться постгепатитный синдром, с астено-вегетативными жалобами. После клинического и морфологического выздоровления возможно полное восстановление работоспособности.

# ЭПИКРИЗ

## Больной,x поступил в больницу 9апреля 1997 года на 11-й день болезни, 5-й день желтухи с жалобами на тяжесть и боли колющего характера в правом подреберье,такие же боли в области селезенки, слабость, нарушение аккомодации, потемнение мочи, посветление кала, пожелтение кожных покровов, с предварительным диагнозом: "Вирусный гепатит" в состоянии средней тяжести. В больнице при нарастании желтухи самочувствие больного ухудшалось. Больной был обследован и ему были проведены лабораторные исследования (клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, серологическое исследование). При этом выяснено, что больной 2 месяца назад зделал в/в инъекцию наркотика- подтверждение эпидемиологии, выявлены желтушность кожных покровов и видимых слизистых, иктеричность склер, брадикардия, гипотония, острый, ровный, плотноэластический, болезненный край печени, выходящий из под края реберной дуги на 3 см, лейкопения, умеренный моноцитоз, высокий уровень общего билирубина-459 мкмоль/л, повышение активности АлАТ-1451 ЕД/л, снижение протромбинового индекса до 72%, наличие в моче уробилина и желчных пигментов, anti-НСV диаплюс при серологическом исследовании, что позволило подтвердить и уточнить диагноз вирусного гепатита С, средней степени тяжести. Больному было назначено лечение: диетотерапия, щелочное питье, аскорутин, внутривенное капельное введение глюкозы с витаминами. На фоне лечения самочувствие больного улучшилось: уменьшились симптомы интоксикации. Больной будет выписан из стационара при нормализации биохимических показателей. Больному рекомендовано наблюдение у врача-инфекциониста в поликлиники минимум 6 месяцев и соблюдение диеты с исключением алкоголя, острого, жирного, жаренного.

##