**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Возраст: 52 года

Пол: мужской

Профессия и место работы: пенсионер, инвалид II группы

Место проживания:

Семейное положение: женат

Дата поступления в стационар:

Дата выписки:

Диагноз направления: Цирроз печени, Сахарный Диабет II типа.

Клинический диагноз: Цирроз печени, активная фаза.

Осложнения: Спленомегалия, Гепатомегалия, портальная гипертензия.

Сопутствующие заболевания: Желчекаменная болезнь, хронический калькулёзный холицистит.

# **STATUS PRAESЕNS SUBJECTIVUS**

**Жалобы**

Жалобы на периодические боли в правом подреберье, тянущего характера, появляющиеся при сидении, не связанные с приёмом пищи. Отмечает так же, постоянные ноющие боли в левом подреберье не связанные с приёмом пищи и положением тела, временем суток. Жалобы на ощущение скованности в ногах по вечерам. Так же, отмечает головную боль часто возникающую ночью, в покое, боль как правило не чем не купируется, боль длится несколько часов. Повышенная утомляемость, немотивированная слабость, снижение работоспособности, вялость. Уменьшение массы тела. Чувство быстрого насыщения и переполнения желудка, тяжесть в верхнем отделе живота, метеоризм, неустойчивый стул. Тошнота, горечь во рту, сухость, непереносимость жирной пищи, свежеиспеченной сдобы, отрыжка. Снижение либидо.

# **ANAMNESIS MORBI**

**Начало и развитие настоящего заболевания**

Считает себя больным с 1999 года, когда стал отмечать тяжесть и боли в правом подреберье, тошноту, расстройство аппетита, общее недомогание. Резкое похудение на 40 киллограм. В связи с чем обратился к участковому врачу и был направлен на обследования в третью городскую больницу где была сделана биопсия печени и поставлен диагноз цирроз печени, активная фаза, декомпенсация по сосудистому типу и субкомпенсация по паренхиматозному типу. Больному была поставлена вторая группа инвалидности. После проведённого лечения (приёма Верошпирона и Церукала) больному стало лучше. В марте и июле у больного было кровотечение из вен пищевода, в связи с чем был госпитализорван в стационар. После чего был на учёте у гастроэнтеролога. Ежегодно лечился в стационаре при поликлинике. Последняя госпитализация в гастроэнтерологическое отделение ОКБ в феврале 2001 года с диагнозом цирроз печени, активная фаза, декомпенсация по сосудистому типу. В результате обследования были выявлены: Синдром портальной гипертензии (голова медузы, спленомегалия, варикоз вен пищевода с повторяющимися кровотечениями, гиперспленизм), по данным УЗИ брюшной полости в этот период времени, печень не была увеличена,

поверхность её была мелкобугристой. Значительно увеличена селезёнка 210х86 мм. Свободная жидкость в брюшной полости не обнаружена. В общем анализе крови снижен гемоглобин до 77 г/л, железо сыворотки 11,6 мкм/л.

# **ANAMNESIS VITAE**

Родился первым ребёнком в семье от первой беременности. Жил в г.Томске в 1950 году. Жил в г. Томске в 1950 году. Активно занимался спортом. До 8 лет жил в деревянном доме, затем благоустроенной квартире. Питание регулярное, разнообразное. После окончание школы получил среднее-специальное образование. Сразу после службы в армии в 21 год, стал работать на предприятии «Сибкабель» вальщиком (работа связана с тяжёлым физическим трудом, химической пылью теурама). В 1991 году был поставлен диагноз инсулин зависимый сахарный диабет. Уровень глюкозы повышался до 27мм/л, чувствует себя хорошо при уровне 10-11 ммоль/л. В 1999 году в ОКБ был поставлен диагноз желчекаменная болезнь. Женат, имеет двух здоровых детей. Жилищно-материальные условия на данный момент удовлетворительные. Мать умерла от перитонита в возрасте 76 лет, отец от инфаркта миокарда в 80 лет. Вредные привычки: курил с 7 лет, бросил в 30 лет, алкоголем злоупотреблял с 21 года, преимущественно крепкие напитки, со слов больного не пьёт с 1999 года. Аллергические реакции не отмечал. Инфекционный гепатит, венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечился, инъекции производились, за пределы города не выезжал и контакта с инфекционными больными не имел. Нервно-психические заболевания у себя и родных отрицает.

#

**STATUS PRAESENS OBJECTIVUS**

##### **ОБЩИЙ ОСМОТР**

Положение: активное

Общее состояние: средней степени тяжести

Сознание: ясное

Температура: 36,6

Пульс: 86 ударов в минуту

А\Д: 140\90

ЧДД: 18

Рост:

Вес: кг.

Телосложение: гиперстеническое

Кожа: бледно-жёлтая, сухая, тургор снижен

Слизистые: Слизистая глаз розовая, влажная, чистая. Наблюдается небольшая субэктеричность склер.

Подкожная клетчатка: Черезмерно выражена, распределена равномерно, видимых отёков нет.

Лимфатическая система:

* Подчелюстные - пальпируются единичные, мягкие, эластические, подвижные, безболезненные.
* Шейные – не пальпируются
* Подключичные – не пальпируются
* Подмышечные – не пальпируются
* Локтевые – не пальпируются
* Паховые – не пальпируются

Мышечная система: Мышечный слой хорошо развит, тонус мышц удовл., при пальпации безболезненны.

Костная система: Осанка правильная. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Врожденных аномалий нет.

Голова: Аномалий развития нет. Мозговой череп преобладает над лицевым, пальпаторно безболезненна.

Полость рта: Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десна не изменены. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки сглажены.

Шея: Шея и её контуры не деформированы, щитовидная железа не увеличена, расширения сосудов и видимой пульсации нет

# **ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

# **Осмотр**

Дыхание: Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное.

Тип дыхания: грудной

Частота дыхательных движений: 18

Форма грудной клетки: цилиндрическая, правильная, симметричная, эпигастральный угол – прямой, 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

Окружность: 105см

Соотношение вдоха\выдоха: одинаковое

Участие вспомогательных мышц в акте дыхания: не учавствуют

Осмотр кистей рук: Полиартрита, часовых стекол и барабанных пальцев нет.

# **Пальпация**

Болевые точки: болевых точек нет

Эластичность грудной клетки: Эластичность сохранена

Определение голосового дрожания: над передними, задними и боковыми отделами лёгких не усилено, над симметричными участками одинакого.

# **Перкуссия**

1. Сравнительная: над передними, боковыми, задними отделами лёгких в симметричных участках перкуторный звук одинаковый, легочной.

Гамма звучности: сохранена над всеми отделами легких.

Топографическая. Высота стояния верхушек:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| Спереди | 4см | 4см |
| Сзади | На уровне VII шейного позвонка |
| Поля Крёнинга | 5см | 5см |

по l. parasternalis- верхний край 6-го ребра
по l. medioclavicularis- нижний край 5-го ребра
по l. axillaris anterior- 6 ребро
по l. axillaris media- 7 ребро
по l. axillaris Нижние границы правого легкого:
posterior- 9 ребро
по l. scapuiaris- 10 ребро
по 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 ребро
по l. axillaris media- 9 ребро
по l. axillaris posterior- 9 ребро
по l. scapuiaris- 10 ребро
по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Верхние границы легких:
Спереди на 2 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 см
на выдохе 4 см

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

# **Аускультация**

Сравнительная: Над передними, задними и боковыми отделами лёгких дыхание везикулярное.

Характеристика основного дыхательного шума: Дыхание везикулярное

Дополнительные звуки: не определяются

Побочные дыхательные шумы: Побочных дыхательных шумов нет

# **СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

**Осмотр и пальпация области сердца**

Выпячивания в области сердца: Выпячивания в области сердца, видимой пульсации сердца и надчревной области нет.

Верхушечный толчок: не пальпируется

Толчок правого желудочка: не определяется

Дрожание в области сердца: не обнаруживается

Пальпация: болезненных точек нет

# **Перкуссия сердца**

# Границы относительной сердечной тупости:

# Левая - в 5-м межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии

# Правая- в 4-м межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины

# Верхняя - на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistrae

# Границы абсолютной сердечной тупости:

# Правая - по левому краю грудиныВерхняя - на уровне 4-го ребраЛевая - на 2,5 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

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

Конфигурация сердца: нормальная

# **Аускультация Сердца**

1. Общая характеристика тонов:

Ясные, ритмичные.

I тон на верхушке совпадает с пульсом на лучевой и сонной артериях, выслушивается после длительной паузы, громче, продолжительнее и ниже чем II тон.

II тон на усилен над легочной артерией, выше I тона п тональности, выслушивается после паузы.

На верхушке систолический шум.

2. Расщепление: не выслушивается

3. Щелчок открытия митрального клапана: не выслушивается

4. Ритм галопа: отсутствует

**Артериальный пульс на лучевых артериях**

на обеих руках: симметричный

ритм: правильный

частота: 98

наличие дефицита: не определяется

напряжение: нормальное

наполнение: удовлетворительное

форма: обычная

состояние сосудистой стенки: эластическая

##### **ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

##### **Осмотр**

### **ЖИВОТ**

Увеличен в размере, участвует в акте дыхания, пупок не втянут. Имеются признаки расширения сосудов по типу «Голова медузы», хорошо просвечивают полнокровные вены.

#### **Пальпация живота**

Поверхностная: Желудок болезненный. Определяется сильная болезненность справа в области селезёнки, слева по краю рёберный дуги, наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Глубокая: Желудок болезненный, ровный, эластичный, подвижный.

Сигмовидная кишка: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная.

Слепая кишка: Расположена в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости; диаметр 4см.; эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная; безболезненная, определяется урчание.

Ободочная кишка: не пальпируется из-за болезненности

#### **ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА**

Не пальпируется

#### **ЖЕЛУДОК**

**Перкуссия**

Над желудком определяется низкий тимпанит.

Границы желудка:

* Верхняя – на уровне 4-го ребра по средне-ключичной линии
* Левая – по передней подмышечной линии
* Правая – слева по парастернальной линии
* Нижняя – на 2 см. выше пупка

**Пальпация**

Желудок болезненный, ровный, эластичный, подвижный.

#### **СЕЛЕЗЕНКА**

 **Перкуссия**

* Поперечник: 28см
* Длинник: 12 см.

**Пальпация**

Пальпируется крайне болезненный край.

#### **ПЕЧЕНЬ**

**Перкуссия**

Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 20 см, по передней срединной линии 15 см, по левой реберной дуге 19 см.

**Пальпация**

Печень выступает за пределы рёберной дуги на 3см.. Край печени закруглён, плотной консистенции, поверхность мелкобугристая с выраженной болезненностью.

##### **МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

Мочеиспускание не нарушено. В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом покалачивания по поясничной области отрицательный. Мочевой пузырь не выходит с обеих сторон из-под лобковой кости.

### **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.

# **ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ**

**Биохимический анализ крови**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Билирубин: |  | Норма |
| * общий
* прямой
 | 13,3 %отрицательный | (8,55-20,5) |
| Общий белок | 72,5 г\л | (65-85) |
| Глюкоза | 11,3 ммоль\л | (3,5-5,7) |
| АсТ | 30,9 мкат\л | (до 38) |
| АлТ | 50,1 | (до 40) |
| α – амилаза сыворотки | 80 г\час\*л | (до 220) |
| Мочевина | 2,8 ммоль\л | (2,5-8,3) |
| Креатинин | 88,4 ммоль\л | (53-97) |

**Общий анализ крови**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Hb | 82 г\л | (132-164) |
| Эритроциты | 2,84 \* 10^12\л | (4,5-5,1) |
| Цветной показатель | 0,9 |  |
| Лейкоциты | 4,0 \* 10^7\л | (4,7-7,6) |
| СОЭ | 10 мм\час | (1-10) |
| Палочкоядерные | 1 | (0,6) |
| Сегментоядерные | 65 | (47-72) |
| Эозинофилы | 2 | (0,5-5) |
| Лимфоциты | 22 | (19-37) |
| Моноциты | 10 | (3-11) |

Большое количество гиперхромных нормоцитов и микроцитов.

**Глюкозурический профиль**

Часы Количество Вес Сахар

8-13 100 1015 отр.

13-18 200 1010 3%

18-22 120 1018 1%

22-2 200 1006 отр.

2-9 200 1006 отр.

**Гликемический профиль**

Часы Показатель

 8 9,6

 13 10,5

 18 13,2

 22 8,7

 6 10,8

**Аналаиз кала на яйцеглист**

Отрицательный

**Общий анализ мочи**

Светло-жёлтого цвета, прозрачная, удельный вес 1012, белок отрицательный.

**Показатели гемостаза**

Протромбиновый индекс 70,4% (норма 80-105%)

АЧТВ 35 сек. (25-35 сек.)

Фибриноген общий 2,0 г\л (2,5-3,5 г\л)

Фибриноген В слабо положительный (отрицательный)

**Инструментальные данные**

**Ренгенологическое исследование**

На ренгенограмме органов грудной клетки очаговых инфильтративных изменений нет. Легочной рисунок несколько утолщён и деформирован в предкорневых зонах базальных отделов за счёт пневмофиброза по смешанному типу. Высокое стояние куполов диафрагмы. Контуры диафрагмы ровные, чёткие. Синусы свободны. Сердечнососудистая тень срединно умеренно расширена за счёт дуги левого желудочка. Аорта удлинена, уплотнена.

**ЭКГ**

Угол α = - 5гр.

N QT = 273гр.

Горизонтальное положение электрической оси, синусовая тахикардия (107 в минуту), в остальном ЭКГ без изменений. Снижен вольтаж в V, VI отведении.

**Эхокардископия**

Аорта уплотнена, не расширена. Аортальные, митральные створки утолщены, без нарушении функции. Другие клапаны интакны. Небольшое расширение левых отделов. Правые отделы не изменены. Атерсклеротический кардиосклероз. Общая систолическая функция левого желудочка сохранена, диастолическая нарушена.

##### **Дневник наблюдений**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | t, пульс, А/Д | Общее состояние | Назначения |
|  | 36,9, 130\8037,1, 120\7036,6, 130\7037,2, 120\70 | Общее состояние средней степени тяжести, жалобы на боль в правом подреберье тянущего характера при сидении.Жалобы, , жалобы на боль в правом подреберье тянущего характера при сидении.общее состояние удовлетворительное.Жалоб прежние, общее состояние удовлетворительное.Жалоб прежние, общее состояние удовлетворитель ное | Монотар, АктрапидКарсил |

**Обоснование Диагноза**

В результате сбора анамнеза, осмотра, объективного исследование, а так же лабораторных и параклинических иследваний были выявлены следущие синдромы:

1. Болевой синдром.
2. Астено-вегетативный синдром.
3. Диспепсический синдром
4. Анемический синдром
5. Синдром спленомегалии
6. Синдром гепатомегалии
7. Синдром гиперспленнизма
8. Гепатолиенальный синдром
9. Синдром портальной гипертензии
10. Гемморагический синдром

**Болевой синдром**

Выявлен на основании жалоб больного (жалобы на периодические боли в правом подреберье, тянущего характера, появляющиеся при сидении, не связанные с приёмом пищи. Отмечает так же, постоянные ноющие боли в левом подреберье не связанные с приёмом пищи и положением тела, временем суток). Боль появляется в связи с увеличением печени и селезёнки. Известно, что в капсуле печени находится множество болевых рецепторов, которые реагируют на её растяжение, в результате возникают боли без чёткой локализации, ноющего характера. Механизм боли: боль передается по тонким безмиелиновым волокнам типа С со скоростью 0,4-2 м/с при большой задержке на различных уровнях нервной системы (вторичная боль). Регистрируется С - полимодальными рецепторами, т.е. воспринимающими различные раздражители. Вторичная боль проводится полинейрональными афферентными путями, организованными не по проекционному принципу. Периферическими афферентами путей проведения вторичной боли могут быть как соматические, т.е. общие с первичной, так и вегетативные волокна типа В. Остальные восходящие афференты вторичной боли структурно не выделены из-за их непостоянства и неспецифичности. Предполагается, что они проходят на границе с серым веществом сегмента и устанавливают многосторонние связи в стволе головного мозга.

**Астено-вегетативный синдром**

На основании жалоб больного (на быструю утомляемость, общую слабость, заторможеннсть, снижение мышечной силы), это связано с нарушением детоксицинной функции печени и накопление катаболических продуктов в крови, эти вещества угнетающе действуют на ЦНС.

**Диспепсический синдром**

На основании жалоб больного: Чувство тяжести в животе после приёма пищи, склонность к диарее, метеоризм. Эти явления возникают вследствии неспособности печени в должной степени учавствовать в пищеварении, эмульгировать жиры, способствовать их всасыванию. Увеличенная печень и селезёнка, а так же асцит – затрудняют нормальную перистальтику, всасывание и эвакуацию пищи.

**Анемический синдром**

На основании лабораторных данных (Повышен общий билирубин засчет непрямого, снижены гемоглобин и количество эритроцитов, цветной показатель в нижней границе нормы). Причинами этого является нарушение антитоксической функции печени - гепатоцеллюлярная недостаточность, нарушается инактивация, связывание, обезжиривание, выведение химических соединений, снижение синтетической функции печени и депонирующей (депонирование железа). Всё это ведёт к гемолизу эритроцитов, появлению в крови непрямго билирубина, а нарушение депонирвания ведёт к появлению гиперхромных эритроцитов.

**Синдром спленомегалии**

На основании объективного исследования ( пальпируется крайне болезненный край селезёнки, увеличение её в размерах) можно говорить о резком увеличении селезёнки в размерах. Этому способствовали: портальная гипертензия и повышенное кровенаполнение селезёнки. Спленомегалия сама по себе является признаком портальной гипертензии.

**Синдром гепатомегалии**

На основании объективного исследования ( Край печени выступает за пределы рёберной дуги на 3см.,болезненный, при перкусии выявлено значительное увеличение размеров печени). Механизм этого процесса связан с тем, что цирроз печени – это хроническое заболевание с дистрофией и некрозом печеночной паренхимы, с развитием усиленной регенерации с диффузным преобладанием стромы, прогрессирующим развитием соединительной ткани, полной перестройкой дольковой структуры, образованием псевдодолек, с нарушением микроциркуляции и постепенным развитием портальной гипертензии. По мере гибели печеночных клеток начинается их ускоренная регенерация. Особенность ложных долек в том, что в них нет нормальных триад - нет центральных вен. В соединительно-тканных тяжах развиваются сосуды - портальные шунты. Частично сдавливаются и разрушаются выносящие вены, постепенно нарушается микроцоркуляция. Нарушается кровоток и в печеночной артерии. Происходит забрасывание крови в портальную вену - усиливается портальная гипертензия. Прогрессирует гибель печеночных клеток. В результате описанных процессов поверхность печени становится шероховатой и бугристой, увеличевается в размерах в начальной стадии.

**Синдром гиперспленнизма**

На основании объективного исследования (увеличении селезёнки в размерах), лабораторных данных (лейкопения, нейтрофилопения, тромбоцитопения, анемия). Эти проявления обусловлены трможением деятельнсти костного мозга. Это возникает из-за повышения активности ретикуло-эндотелиальной системы на фоне портальной гипертензии.

**Гепатолиенальный синдром**

Т.е. сочетанное увеличение печени и селезенки, выявлен на сновании объективного исследования, а так же лаборатрных данных (гиперспленнизм: лейкопения, нейтрофилопения, тромбоцитопения, анемия, повышение СОЭ). Это явление характерно для рановозникшей портальнй гипертензии на фоне цирроза печени, а это в свою очередь характерно для алкогольного цирроза печени.

**Синдром портальной гипертензии**

На данных анамнеза (кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода), осмотра (голова медузы – расширенные околпупочные вены, расходящиеся в разные стороны от пупка) пальпации (асцит – жидкость в брюшной полости). Механизм: идет запустение вен, новообразование сосудов, возникают артерио-венозные шунты. Все это приводит к нарушению кровообращения. В течение 1мин 1,5 л крови под большим давлением переходят в воротную вену, происходит повышение давления в системе воротной вены - расширяются сосуды (геморроидальные вены, вены пищевода, желудка, кишечника, селезеночная артерия и вена). Расширенные вены желудка и нижней трети пищевода могут давать желудочно-кишечные кровотечения. Геморроидальные вены при пальцевом исследовании обнаруживаются в виде узлов, могут выпадать и ущемляться, давать геморроидальные кровотечения. Расширяются подкожные околопупочные вены - "голова медузы".

Механизм образования асцита:

а) пропотевание жидкости в брюшную полость вследствие повышения давления в

воротной вене

б) способствует также гипоальбуминемия, из-за которой резко снижается

онкотическое давление плазмы крови

в) нарушается лимфообразование - лимфа начинает пропотевать сразу в брюшную

полость.

Другие признаки портальной гипертензии: расстройства ЖКТ, метеоризм, похудание, задержка мочеотделения, гепатолиенальный синдром: спленомегалия, часто с явлениями гиперспленнизма (лейкопения, тромбоцитопения, анемия).

**Гемморагический синдром**

Основываясь на данных анамнеза (кровотечение из варикознорасширенных вен пищевода, носовые кровотечения, петехиальные высыпания). Это связано с нарушением синтетической функции печени, нехваткой факторов свертывающей системы из-за гибели и функциональной недостаточности гепатоцитов.

На основании жалоб (жалобы на периодические боли в правом подреберье, тянущего характера, появляющиеся при сидении, не связанные с приёмом пищи. Отмечает так же, постоянные ноющие боли в левом подреберье не связанные с приёмом пищи и положением тела, временем суток. Жалобы на ощущение скованности в ногах по вечерам. Так же, отмечает головную боль, часто возникающую ночью, в покое, боль как правило, не чем не купируется, боль длиться несколько часов. Последние несколько месяцев отмечает общую слабость), анамнеза (работа связана с тяжёлым физическим трудом, химической пылью теурама, длительное злоупотребление алкоголем, кровотечение из вен пищевода), осмотра ( «голова медузы», субэктеричность склер, «печёночные ладони», бледно-жёлтая окраска кожи), объективных данных (спленомегалия, гепатомегалия, выраженная болезненность в области печени и селезёнки, асцит), лабораторных данных (анемия, гиперспленнизм, повышение общего билирубина), выявленных синдромов можно поставить диагноз : Цирроз печени, активная фаза.

##### **Принципы лечения**

Обязательным компонентом современной терапии больных с хроническими диффузными заболеваниями печени является лечебное питание. Лечебный стол №5 включает белков – 90-100 г, жиров - 80 г и углеводов – 350-400 г (в пересчете на 1 кг массы тела примерно 1,5-1,2-5,5 г/сутки). Пища должна содержать все основные витамины и микроэлементы.

**Эссенциале Форте** – препарат мембраностабилизирующего и липотропного действия, применяется внутривенно по 2-4 ампулы по 5 мл ежедневно 4-6 недель или по 1-2 капсулы 3 раза в день до 12 недель.

**Флавоноиды** – препараты из плодов Silybium marianum, выпускают в виде драже и таблеток под разными наименованиями: силимарин, силибинин, силибор, карсил, легалон, лепротек, катерген.

**Гепабене** – смесь экстрактов расторопши пятнистой и дымянки лекарственной. Назначают внутрь по 1-2 капсулы 3 раза в день 4 -12 недель.

**Гепатофальк** – представляет комбинацию 3-х лекарственных трав – чертополоха, чистотела и японского турмерика. Назначают по 1-2 капсулы 3 раза /сутки 4 -12 недель.

**Урсофальк** – действующее вещество – урсодезоксихолевая кислота. Дозировка: 10 мг/кг массы тела в сутки (перед отходом ко сну одну капсулу).

**Тыквеол** – липидный комплекс семян тыквы. Назначают по 1 чайной ложке 3-4 раза в день натощак в течение 3-4 недель.

**Тиоктацид** – тиоктовая кислота, назначают по 600 мг (одна таблетка) за 30 минут до еды в качестве поддерживающей терапии после проведения 2-4-х недельного внутривенного введения 1 ампулы тиоктацида.

Для устранения Асцита можно назначить диуретики: **Фуросемид**

Наряду с лекарственной терапией, использующей в последнее время и фитопрепараты, все более широко применяются методы эфферентного лечения больных хроническими диффузными заболеваниями печени: гемосорбция, лимфосорбция, плазмоферез, УФО крови, магнитотерапия, лазеротерапия, озонотерапия и др. Немедикаментозная терапия цирроза печени является эффективной и весьма перспективной. Эти методы заслуживают более широкого внедрения в клиническую практику.

##### **Литература**

1. «Физические методы исследовния» Тетенев Ф.Ф.
2. «Внутренние болезни» Ф.И. Комаров
3. http://www.volgadmin.ru/vorma/archiv/7/7.htm
4. www.herpes.ru
5. www.03.ru