**Вирусный гепатит «В». История болезни**

Куратор: студент 520 гр. Переверзев С.В.

Алтайский Государственный Медицинский Университет

Барнаул 2007.

Клинический диагноз: Вирусный гепатит «В» (НВs Ag «+»), желтушная форма с преимущественно цитолитическим синдромом, средней степени тяжести, волнообразное течение.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ:

Ф.И.О.: Сладкова Ольга Михайловна.

Возраст: 30 лет.

Место жительства: г. Барнаул,

Место работы: студентка 4 – го курса 250 группы МПСИ.

Дата заболевания: 27 августа 2003 года.

Дата поступления: 18 сентября 2003 года.

Дата курации: 22 октября 2003 года.

Диагноз при поступлении: Вирусный гепатит «В».

Клинический диагноз: Вирусный гепатит «В» (НВs Ag «+»), желтушная форма с преимущественно цитолитическим синдромом, средней степени тяжести, волнообразное течение.

ЖАЛОБЫ:

На момент курации. Желтушность кожных покровов, мочу темного цвета, слабость, головокружение после незначительной физической нагрузки.

На момент поступления. Иктеричность склер, слабость, головокружение после незначительной физической нагрузки, темный цвет мочи и светлый цвет кала, снижение аппетита, эпизодическую тошноту, незначительные боли в правом подреберье.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

27 августа, утром, больная на фоне общего здоровья почувствовала скованность в коленных суставах, слабость, незначительную периодическую болезненность в правом подреберье. После утренней ходьбы скованность исчезала, а слабость сохранялась. Скованность в суставах по утрам перестала появляться с 1 сентября, в этот период стала беспокоить эпизодическая тошнота. Через две недели (15 сентября) потемнела моча. В течение этих двух недель состояние больной было обычное, ничего не беспокоило. Утром 16 сентября она заметила у себя иктеричность склер, и через два дня обратилась в поликлинику по месту жительства к врачу-терапевту, который направил ее по скорой помощи в инфекционное отделение больницы РТП.

19 сентября больная отмечает усиление желтушности склер, общей слабости, головокружения, недомогания. В течение последующих пяти дней все симптомы постепенно угасали, больная чувствовала себя удовлетворительно на фоне лечения. 10 октября внезапно с утра больная заметила резкое ухудшение самочувствия: недомогание, слабость, головная боль, тошнота, появление зуда тела, иктеричности склер и желтушности кожных покровов. Зуд всего тела продолжался около двух суток. В течение последующих пяти дней желтушность усиливалась и только после четырех дней больная отметила снижение желтушности склер. Через двое суток желтушность начала снижаться на ладонных поверхностях кистей.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:

Сладкова Ольга Михайловна проживает в частном доме. В дом проведен водопровод (индивидуальная скважина); пьет сырую воду. Личную гигиену соблюдает всегда, моет руки перед едой; питается регулярно. Из животных: собака (на улице), кот (в доме).

Семья состоит из 5 человек: муж, два ребенка и бабушка. В семье в ближайшие месяцы, кроме мужа, инфекционными заболеваниями никто не болел. В период «май - июнь» муж переболел гепатитом «В».

Больная является студенткой 4-го курса МПСИ и работает товароведом. По месту учебы и работы у коллег желтушности и другой похожей симптоматики не отмечает.

Внебрачные связи и прием наркотиков отрицает. Медицинский осмотр проходит 1 раз в год, но за последние 6 месяцев врачей никаких не посещала. Гемотрансфузии отрицает. Оперативных вмешательств не отмечает. Донором не является.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:

Больная родилась в Алтайском крае, с. Ельцовка Ельцовского района. Семья состояла из пяти человек (двое сестер, матери и отца). В настоящее время все члены семьи здоровы, кроме отца (умер от инфаркта миокарда в 1999 году).

Больная росла и развивалась нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Окончила 8 классов, по окончанию которых поступила в СПТУ по специальности повар – кондитер. После окончания СПТУ получает работу бухгалтером в сельском совете. В 19 лет она выходит замуж. В 20 лет рожает первого ребенка – девочку. Роды прошли нормально, без осложнений, ребенок - здоров. Через год семьей переезжают в г. Барнаул - настоящее место проживания. Спустя год рождается второй ребенок – мальчик. Роды были без патологии, ребенок родился здоровым.

В 24 года начинает работать в ЧП товароведом и одновременно поступает в Московский филиал МПСИ на логопеда.

Вредные привычки: отрицает.

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств, бытовых веществ и пищевых продуктов не отмечает.

Менструации с 14 лет, регулярные. Три беременности, двое родов. Гемотрансфузий и операций не было.

Туберкулез, венерические заболевания отрицает.

STATUS PRAESENS COMMUNIS:

Общее состояние больной средней степени тяжести. Сознание ясное, положение в постели активное, телосложение правильное, конституция нормостеническая.

Кожные покровы желтушные, видимые слизистые оболочки и склеры иктеричные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно, распределена равномерно.

Сила и тонус мышц сохранены, деформаций в области суставов нет, активные и пассивные движения в суставах в полном объеме. Деформаций и искривлений позвоночника не выявлено.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ.

Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка правильной формы; обе половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, тип брюшной. ЧД=18 движений в минуту. Пальпация: грудная клетка безболезненна, резистентность хорошая, голосовое дрожание не изменено. При сравнительной перкуссии - ясный легочный звук. При топографической перкуссии: высота стояния верхушек легких равна 4,5 см справа и слева, ширина полей Кренига слева и справа равна 5 см.

НИЖНИЕ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЛИНИИ | СПРАВА | СЛЕВА |
| l. parasternalis | 4 м/р | - |
| l. medioclavicularis | 5 м/р | - |
| l. axilaris anterior | 6 м/р | 6 м/р |
| l. axilaris media | 7 м/р | 7 м/р |
| l. axilaris posterior | 8 м/р | 8 м/р |
| l. scapularis | 9 м/р | 9 м/р |
| l. paravertebralis | 10 м/р | 10 м/р |

ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО ЛЕГОЧНОГО КРАЯ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l. medioclavicularis | 4 см | - |
| l. axilaris media | 5 см | 5 см |
| l. scapularis | 4 см | 4 см |

Аускультация: на месте сочленения рукоятки грудины с телом, на щитовидном хряще, на остистых отростках 1-3 шейных позвонков чётко прослушивается бронхиальное дыхание, а в стандартных точках сравнительной и топографической аускультации – везикулярное дыхание. Хрипов, шумов и крепитаций нет.

Вывод: со стороны органов дыхания патологии не выявлено.

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

Осмотр: патологических пульсаций (в эпигастральной области, в яремной ямке и в области сосудов шеи) не наблюдается. В области сердца патологической пульсации, сердечного горба не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется.

При пальпации уплотнений по ходу вен и болезненности не обнаружено. Пульс сильный, симметричный, ритмичен, наполнение хорошее, не напряжен.

Частота пульса 60 ударов в минуту, совпадает с ритмом сердечных сокращений. Верхушечный толчок не смещен от среднеключичной линии (определяется на 1 - 1.5 см кнутри от среднеключичной линии).

Перкуссия: относительной тупости сердца:

правая граница на 1 см кнаружи от правого края грудины;

левая граница на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии;

верхняя - 3 м/р. по l. Parasternalis sinistra.

абсолютной тупости сердца:

правая граница на 2 см кнаружи от l. Parasternalis sinistra.

левая - 4 м/р. на 3,5-4 см кнутри от l. Medioclavicularis sinistra.

верхняя - на 5 ребре по l. Parasternalis sinistra.

Талия не подчеркнута, треугольник Боткина по площади не увеличен. Ширина сосудистого пучка соответствует норме.

При аускультации 1 и 2 тоны ясные, акцента на аорте нет. Патологий со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено. Шумы также не прослушиваются.

Вывод: со стороны сердечно – сосудистой системы патологии не выявлено.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

При осмотре ротовой полости язык влажный, без трещин и изъязвлений, обложен сероватым налетом в области тела языка; уздечка языка и небо желтушного цвета.

Живот правильной формы, симметричен, не вздут, в акте дыхания участвует активно, видимых пульсаций, сосудистого рисунка, перистальтики желудка и кишечника нет. Выбухание в правом подреберье отсутствует.

Пальпация. Температура одинаковая на поверхностно-симметричных участках, кожа влажная. Подкожно-жировая клетчатка умеренно выражена. Живот мягкий, слегка болезненный в области эпигастрия в проекции желчного пузыря; расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот, выпячиваний не обнаружено. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову – Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области в виде гладкого безболезненного тяжа диаметром 3-4 см. Слепую кишку пропальпировать не удалось. Другие отделы толстого кишечника и желудок не пальпируются. Поджелудочная железа и селезенка не определяются. Нижний край печени выступает на 1 см из-под края реберной дуги, контур ровный плотно-эластической консистенции, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10/ 9/ 7 см. Свободной жидкости в брюшной полости с помощью перкуссии и метода флюктуации не выявлено. При аускультации – шум перистальтики кишечника. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей, со слов больной – обычного цвета.

Вывод: опираясь на жалобы при пальпации - на болезненность в правом подреберье, мезогастральной области, а также при перкуссии и пальпации удалось выявить увеличение печени на 1 см, то можно предположить, что в патологический процесс вовлечена пищеварительная система.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3 – 4 раза в сутки. Моча, со слов больной, светлого цвета.

НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

Сознание больной ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирована в пространстве и во времени, общительна, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно. Вторичные половые признаки - по женскому типу. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, с окружающими тканями не спаяна, узлов и уплотнений при пальпации не выявлено, признаков гипо- и гипертиреоза нет.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

На основании жалоб и амнестических данных заболевания: появление утренней скованности в суставах, слабости, головокружения после незначительной физической нагрузки, снижение аппетита, эпизодическую тошноту, незначительные боли в правом подреберье, мочу темного цвета, можно предположить наличие у больной воспалительного процесса со строгой цикличностью развития болезни, т.е. смена предыдущих симптомов (артралгический, астеновегетативный, диспепсический) на желтушность кожных покровов, иктеричность склер. Из анамнестических данных заболевания также стало известно, что заболевание протекало волнообразно, т.е. отмечалось значительное улучшение состояние больной на фоне лечения, а затем резкое ухудшение (резкое нарастание желтушности кожных покровов, склер, и ухудшение общего самочувствия) с появлением холестатического синдрома. При осмотре выявлено: иктеричность склер, желтушность кожных покровов, увеличение размеров печени и выступание ее из-под края реберной дуги на 1 см, болезненность при пальпации в мезогастрии и проекции желчного пузыря.

На основании эпидемиологических данных выявлено, что три месяца до начало заболевания, муж больной перенес вирусный гепатит «В».

Таким образом, суммируя все выше перечисленное можно поставить следующий предварительный диагноз: вирусный гепатит «В», желтушная форма с холестатическим синдромом, средней степени тяжести, волнообразное течение.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:

Общий анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты с формулой, СОЭ.

Общий анализ мочи.

Биохимический анализ крови: билирубин (общий, прямой и непрямой), белок, АСаТ, АЛаТ, протромбиновый индекс, тимоловая проба.

Кал на яйца глистов.

Кровь на RW, ВИЧ.

Кровь на маркеры вирусных гепатитов:

 А: антитела к вирусу гепатита «А» - анти-HAV, класса IgM;

 В: HBsAg, HBeAg, анти-HBe и анти-HBc класса IgM;

 С: анти-HCV - класса IgM.

УЗИ гепатобилиарной системы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

Биохимический анализ крови от 19.09.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Общий белок | 70 | 65-85 г/л |
| Билирубин общий | 220 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прямой | 120 | до 3 мкмоль/л |
| Непрямой | 100 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 4,0 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| АСТ | 1,8 | 0,1-0,45 мкмоль/л |
| Тимоловая проба | 8,0 | 0-5 ед. |
| Холестерин | 2,6 | 3,4-5,3 ммоль/л |
| Фибриноген | 3,0 | 2-4 г/л |
| ПТИ | 76 | 85-100% |

Заключение. Наблюдается повышение билирубина за счет прямой фракции. Повышение ферментов. Коэффициент де Ритиса = 2,2. Незначительное повышение тимоловой пробы, что наиболее часто встречается при вирусных гепатитах. И используется при дифференцировке инфекционного эндокардита с ревматическим поражением сердца. Повышение тимоловой пробы также может указывать на мезенхимально – воспалительный процесс в печени. ПТИ незначительно снижено, что косвенно свидетельствует о неспособности печени участвовать в синтезе протромбина.

Биохимический анализ крови от 20.09.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| ПТИ | 100 | 85-100% |

Заключение. Патологии не выявлено.

Биохимический анализ крови от 22.09.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Билирубин общий | 82 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прямой | 42 | до 3 мкмоль/л |
| Непрямой | 40 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 2,8 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| Тимоловая проба | 8,4 | 0-5 ед. |
| ПТИ | 84 | 85-100% |

Вывод. Заметна тенденция к снижению билирубина, но он по-прежнему высок за счет прямой фракции. Остальные показатели также снижаются по сравнению с прежним анализом.

Биохимический анализ крови от 25.09.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Билирубин общий | 56 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прямой | 34 | до 3 мкмоль/л |
| Непрямой | 22 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 3,4 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| ПТИ | 90 | 85-100% |

Заключение. Показатели становятся ближе к норме, но все – таки билирубин высок за счет прямой фракции. Повышение преимущественно прямого билирубина, АЛТ говорит о цитолитическом синдроме, происходящем в клетках печени.

Биохимический анализ крови от 30.09.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Билирубин общий | 58 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прямой | 32 | до 3 мкмоль/л |
| Непрямой | 26 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 3,1 | 0,1-0,68 мкмоль/л |

Заключение. Билирубин высок за счет прямой фракции. Ферменты по-прежнему на высоком уровне.

Биохимический анализ крови от 7.10.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Билирубин общий | 124 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прямой | 74 | до 3 мкмоль/л |
| Непрямой | 50 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 3,2 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| ПТИ | 84 | 85-100% |

Заключение. Наблюдается повышение билирубина за счет прямой фракции. Повышение ферментов.

Биохимический анализ крови от 10.10.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Билирубин общий | 150 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прямой | 100 | до 3 мкмоль/л |
| Непрямой | 50 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 4,4 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| ПТИ | 70 | 85-100% |

Заключение. Наблюдается повышение билирубина за счет прямой фракции. Повышение АЛТ. Также отмечается снижение ПТИ, что косвенно свидетельствует о неспособности печени участвовать в синтезе протромбина.

Биохимический анализ крови от 13.10.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Общий белок | 78 | 65-85 г/л |
| Билирубин общий | 128 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прямой | 80 | до 3 мкмоль/л |
| Непрямой | 48 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 4,4 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| АСТ | 3,2 | 0,1-0,45 мкмоль/л |
| Тимоловая проба | 12,0 | 0-5 ед. |
| Калий крови | 4,8 | 3,4-5,9 ммоль/л |
| Натрий | 146 | 126-144 ммоль/л |
| ПТИ | 81 | 85-100% |

Заключение. Наблюдается повышение билирубина за счет прямой фракции. Повышение ферментов. Коэффициент де Ритиса = 0,8. Заметное повышение тимоловой пробы, что наиболее часто встречается при вирусных гепатитах. И используется при дифференцировке инфекционного эндокардита с ревматическим поражением сердца. Также повышение тимоловой пробы может указывать на мезенхимально – воспалительный процесс в печени. ПТИ незначительно снижено, что косвенно свидетельствует о неспособности печени участвовать в синтезе протромбина.

Биохимический анализ крови от 16.10.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Билирубин общий | 166 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прямой | 154 | до 3 мкмоль/л |
| Непрямой | 12 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 4,6 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| АСТ | 2,5 | 0,1-0,45 мкмоль/л |
| ПТИ | 50 | 85-100% |

Заключение. Наблюдается повышение билирубина за счет прямой фракции. Повышение ферментов. Коэффициент де Ритиса = 1,8. Также отмечается резкое снижение ПТИ, что косвенно свидетельствует о неспособности печени участвовать в синтезе протромбина.

Биохимический анализ крови от 20.10.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Общий белок | 64 | 65-85 г/л |
| Билирубин общий | 88 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прямой | 48 | до 3 мкмоль/л |
| Непрямой | 40 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 3,5 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| АСТ | 4,1 | 0,1-0,45 мкмоль/л |
| Тимоловая проба | 10,4 | 0-5 ед. |
| Холестерин | 4,58 | 3,4-5,3 ммоль/л |
| ПТИ | 55 | 85-100% |

Заключение. Наблюдается повышение билирубина за счет прямой фракции. Повышение ферментов. Коэффициент де Ритиса = 0,8. Заметное повышение тимоловой пробы, что наиболее часто встречается при вирусных гепатитах. И используется при дифференцировке инфекционного эндокардита с ревматическим поражением сердца. Повышение тимоловой пробы указывает на мезенхимально – воспалительный процесс в печени. Также отмечается резкое снижение ПТИ, что косвенно свидетельствует о неспособности печени участвовать в синтезе протромбина.

Биохимический анализ крови от 22.10.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Билирубин общий | 100 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прямой | 50 | до 3 мкмоль/л |
| Непрямой | 50 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 3,7 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| АСТ | 6,6 | 0,1-0,45 мкмоль/л |
| Тимоловая проба | 10,2 | 0-5 ед. |
| Калий | 4,8 | 3,4-5,9 ммоль/л |
| Натрий | 146 | 126-144 ммоль/л |
| ПТИ | 84 | 85-100% |
| Мочевина | 4,81 | 2,5-8,32 ммоль/л |
| Креатинин | 0,056 | 44-88 мкмоль/л |

Заключение. Наблюдается повышение билирубина за счет прямой фракции. Повышение ферментов. Коэффициент де Ритиса = 0,6. Заметное повышение тимоловой пробы, что наиболее часто встречается при вирусных гепатитах. И используется при дифференцировке инфекционного эндокардита с ревматическим поражением сердца. Повышение тимоловой пробы указывает на мезенхимально-воспалительный процесс в печени.

Биохимический анализ крови от 23.10.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Билирубин общий | 96 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прямой | 74 | до 3 мкмоль/л |
| Непрямой | 22 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 5,7 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| АСТ | 3,4 | 0,1-0,45 мкмоль/л |

Заключение. Наблюдается повышение билирубина за счет прямой фракции, а также трансаминаз с преобладанием АЛТ. Что говорит об активном цитолитическом синдроме.

Общий анализ крови 19,09

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Результат |
| Гемоглобин | 136 г/л |
| СОЭ | 10 мл/час |
| Лейкоциты | 5,0 |
| Базофилы | 1 |
| Эозинофилы | 2 |
| Палочкоядерные | 4 |
| Сегментоядерные | 53 |
| Лимфоциты | 26 |
| Моноциты | 4 |

Заключение. Патологии не выявлено.

Общий анализ крови 13,10

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Результат |
| Гемоглобин | 136 г/л |
| СОЭ | 16 мл/час |
| Лейкоциты | 5,8 |
| Базофилы | 1 |
| Эозинофилы | 3 |
| Палочкоядерные | 4 |
| Сегментоядерные | 61 |
| Лимфоциты | 32 |
| Моноциты | 1 |

Заключение. Отмечается увеличение скорости оседания эритроцитов, что может говорить о наличие воспалительного процесса.

Общий анализ крови 16,10

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Результат |
| Гемоглобин | 132 г/л |
| СОЭ | 10 мл/час |
| Лейкоциты | 5,0\*109/л |
| Базофилы | 1 |
| Эозинофилы | 2 |
| Палочкоядерные | 4 |
| Сегментоядерные | 43 |
| Лимфоциты | 26 |
| Моноциты | 4 |

Заключение. Все показатели соответствуют норме.

Общий анализ крови 22,10

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Результат |
| Гемоглобин | 133 г/л |
| СОЭ | 19 мл/час |
| Базофилы | 1 |
| Эозинофилы | 2 |
| Палочкоядерные | 4 |
| Сегментоядерные | 70 |
| Лимфоциты | 29 |
| Моноциты | 3 |

Заключение. Отмечается увеличение скорости оседания эритроцитов, что может говорить о наличие воспалительного процесса.

Общий анализ мочи от 19.09.03

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Результат |
| Цвет | Темно-желтый |
| Прозрачность | Прозрачная |
| Реакция | Кислая |
| Удельный вес | 1020 |
| Белок | Нет |
| Сахар | - |
| Лейкоциты | 4-5 в п/з |
| Эритроциты |  |
| Эпителий плоский | Большое количество |
| ----- почечный | - |
| Соли | - |

Заключение. Отмечается увеличенное содержание клеток плоского эпителия. Все остальные показатели в пределах нормы.

Общий анализ мочи от 6.10.03.

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Результат |
| Цвет | Желтый |
| Прозрачность | Прозрачная |
| Реакция | Кислая |
| Удельный вес | 1014 |
| Белок | Нет |
| Сахар | - |
| Лейкоциты | 2-4 в п/з |
| Эритроциты | - |
| Эпителий плоский | 1-4-5 |
| ----- почечный | - |
| -----цилиндрический | - |
| Соли | - |

Заключение. Патологии не выявлено.

Общий анализ мочи от 22.10.03.

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Результат |
| Цвет | с/ж |
| Прозрачность | Прозрачная |
| Реакция | Щелочная |
| Удельный вес | 1005 |
| Белок | Нет |
| Сахар | - |
| Лейкоциты | 4-5 в п/з |
| Эритроциты | - |
| Эпителий плоский |  |
| ----- почечный | - |
| -----цилиндрический | - |
| Соли |  |

Заключение. Патологии не выявлено.

Исследование маркеров гепатита «C» 30,10,03

антитела к вирусу «С» Ig – G отр.

Антитела к вирусу «С» Ig – М отр.

Исследование маркеров гепатита «В» 13,10,03

НВs Ag положительный.

НВ cor Ig G положительный.

Кал на яйца глистов 29,09

Результат – отрицательный.

ИФА на антитела к ВИЧ 20,09

Отрицательно.

УЗИ 22,09

Со стороны внутренних органов изменений не обнаружено.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

На основании жалоб и анамнестических данных заболевания: появление утренней скованности в суставах, слабости, головокружения после незначительной физической нагрузки, снижение аппетита, эпизодическую тошноту, незначительные боли в правом подреберье, мочу темного цвета, можно предположить наличие у больной воспалительного процесса со строгой цикличностью развития болезни, т.е. смена предыдущих синдромов (артралгический, астено-вегетативный, диспепсический) на желтушность кожных покровов и иктеричность склер.

На основании эпидемиологических данных выявлено, что три месяца до начало заболевания, муж больной перенес вирусный гепатит «В».

Из анамнестических данных заболевания также стало известно, что заболевание протекало волнообразно, т.е. отмечалось значительное улучшение состояние больной на фоне лечения, а затем резкое ухудшение (резкое нарастание желтушности кожных покровов, склер, и ухудшение общего самочувствия) с появлением холестатического синдрома (гипербилирубинемия, зуд кожи). Волнообразность течения заболевания также можно наблюдать по биохимическим анализам крови, где билирубин то значительно уменьшается, то заметно повышается. Также по повышению общего билирубина в пределах от 101 – 200, и ферментов АЛаТ до 8, АСаТ до 6,5 можно судить о средней степени тяжести течения заболевания. При осмотре выявлено: иктеричность склер, желтушность кожных покровов, увеличение размеров печени и выступание ее из-под края реберной дуги на 1 см (гепатомегалический синдром), болезненность при пальпации в мезогастрии и проекции желчного пузыря.

Также по биохимическим анализам крови можно судить о:

выраженном цитолитическом синдроме: повышение уровня АЛаТ, АСаТ, тимоловой пробы.

Мезенхимально - воспалительном синдроме: повышение тимоловой пробы, СОЭ.

Умеренной печеночно-клеточной недостаточности: снижение уровня протромбинового индекса и холестерина.

В том числе обнаружены положительные НВs Ag, НВ cor IgG, что окончательно подтверждает предварительный диагноз.

Таким образом, клинический диагноз звучит так:

Вирусный гепатит «В», НВs Ag «+», желтушная форма с преимущественно цитолитическим синдромом, средней степени тяжести, волнообразное течение.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

Дифференциальный диагноз вирусного гепатита «В» проводят с другими вирусными гепатитами, с желтушными формами псевдотуберкулеза, гемолитическими желтухами, инфекционным мононуклеозом.

Дифференциальный диагноз гепатитов вирусной этиологии между собой проводится в настоящее время в основном по результатам наличия тех или иных маркеров в крови.

Другие вирусные инфекции, протекающие с поражением печени, в отличие от вирусных гепатитов характеризуются развитием системных заболеваний с вовлечением в инфекционный процесс не только печени, но и других органов и систем.

При инфекционном мононуклеозе так же, как и при гепатите «В», могут наблюдаться такие симптомы как: желтушность склер и кожи, увеличение размеров печени, снижение аппетита, тошнота, потемнение мочи. В биохимическом анализе крови отмечается умеренное увеличение активности ферментов, увеличение показателя тимоловой пробы. Но в отличие от гепатита «В» при инфекционном мононуклеозе присутствует ряд других симптомов, позволяющих провести дифференциальную диагностику: это, прежде всего, наличие в периоде разгара острого тонзиллита (боль в горле, наличие налета на миндалинах), полилимфаденопатии с избирательным заднешейным лимфаденитом, выраженной лихорадки, выявление в крови атипичных мононуклеаров, не свойственных гепатиту «В» и другим вирусным гепатитам. Диагностически информативно отсутствие специфических маркеров HBV.

При генерализованной форме псевдотуберкулеза имеется увеличение печени практически у всех больных, появляется желтуха, гипербилирубинемия, гипертрансаминаземия, холиурия и ахолия. Но в отличие от гепатита «В» при псевдотуберкулезе имеются симптомы «капюшона» (гиперемия лица и шеи), «перчаток» и «носков» (гиперемия кистей и стоп). Также одним из отличительных признаков псевдотуберкулеза является наличие точечной сыпи (как бледно-розовой, так и ярко-красной). Со стороны пищеварительной системы отмечается наличие увеличенного в размерах, гиперемированного «малинового языка», имеется болезненность при пальпации в правой подвздошной области, отмечаются положительные симптомы Падалки и Штернберга, могут прощупываться увеличенные и болезненные мезентериальные лимфатические узлы, что не характерно для гепатита.

При гемолитических желтухах, в отличие от гепатита «В», редко наблюдается увеличение печени. При гемолитических желтухах в биохимическом анализе крови преобладает непрямая фракция билирубина, тогда как при гепатите преобладает прямая фракция; активность ферментов не изменена, может наблюдаться анемия и другие изменения красной крови (микросфероцитоз, снижение осмотической резистентности эритроцитов).

ЛЕЧЕНИЕ:

Госпитализация больного в инфекционное отделение.

Полупостельный режим.

Диета № 5.Диета должна быть щадящей, калорийной и содержать 90-100 г белков, 80 г – жиров, 350-400 г – углеводов, при общей калорийности до 3000 ккал в день. Потребность в витаминах должна обеспечиваться за счет натуральных пищевых продуктов, химические элементы (железо, фтор, кальций, магний) и обязательно должны содержать легко эмульгируемые жиры. Количество свободной жидкости составляет 1,5-2 литра в сутки при некотором ограничении поваренной соли (10 г).

Все блюда должны быть химически щадящими. Из рациона питания исключают жареные блюда. Не рекомендуются мясные супы, богатые экстрактивными веществами. Супы готовят вегетарианские с овощами, крупами, молочные, фруктовые. Из мясных продуктов исключают баранину, свинину, мясные консервы; из птицы – гуся, утку, жирную курицу. Из молочных продуктов рекомендуется творог (лучше обезжиренный), кефир, простокваша, ацидофильное молоко, неострые сыры. Овощи с высоким содержанием клетчатки (морковь, капуста, свекла) подаются в протертом виде. Из овощей исключают бобовые – горох, фасоль, чечевица; богатые эфирными маслами – чеснок, редька, редис. Также противопоказаны маринады, копчености, грибы, острые приправы. Больному со среднетяжелой формой в острую фазу ограничивают жиры до 70 г, все блюда подают в протертом виде до окончании фазы ахолии, после которой диету расширяют.

Этиотропная терапия – направлена на подавление репликации вирусов-возбудителей, их элиминацию и санацию организма. Химопрепараты:

 Реаферон – назначается 2 раза в сутки по 1000 000 МЕ 5-6 дней, затем 5 дней по 1000 000 МЕ 1 раз в сутки.

Rp.: Sol. «Reaferonum» 1000 000 МЕ

D.t.d. № 10

S.: По 1000 000 МЕ 2 раза в сутки 5 дней.

Патогенетическая терапия – направлена на купирование нарушений, лежащих в патогенетической основе болезни, а также предупреждение их развития.

Дезинтоксикационная терапия применяется ограниченное время на высоте интоксикации. Используют:

Капельные инфузии изотонических растворов;

5% раствор глюкозы; можно чередовать с реополиглюкином;

гемодез – используется в борьбе с интоксикацией. Детоксическое действие основано на способности адсорбировать токсины и выводить их с мочой; легко покидает сосудистое русло, улучшая микроциркуляцию, а также обладает реологическим действием и стимулирует почечный кровоток;

реополиглюкин – улучшает микроциркуляцию в паренхиматозных органах;

полиионные буферные растворы, которые также улучшают гемодилюцию, реологические свойства крови, уменьшают ее вязкость, происходит коррекция нарушений кислотно-основного и электролитного баланса: «Трисоль», «Ацесоль», «Кватрасоль» и т.п.

Глюкоза является наиболее доступным источником энергии, легко усваивается, быстро включается в обменные процессы, что особенно важно для энергетического обеспечения печени, мозга, сердечной мышцы, почек. Для лучшей утилизации глюкозы при проведении инфузий и предупреждения развития электролитного дисбаланса добавляют 1-2 г калия на 1 литр раствора глюкозы и инсулин (1 ЕД на 4 г глюкозы).

Rp.: Sol. «Glucosae» 5% - 400 ml

D.t.d. № 5

S.: Внутривенное капельное введение 1 раз в день.

Витаминотерапия: «Поливит», «Гентавит», «Макровит», «Юникап», «Центрум» и т.д.

Rp.: «Polivitum» obductae № 30

D.S.: По 1 таблетке 1 раз в день.

Препараты, стимулирующие метаболические процессы: рибоксин – он легко проникает в гепатоциты, повышая их энергетический потенциал, обладает функциями антигипоксанта.

Rp.: Sol. «Riboxini» 0,2

D.t.d. № 50

S.: По 2 таблетки 3 раза в день.

ДНЕВНИК:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Течение болезни. | Лечение. |
| 22.10.03. | Общее состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы желтушные, склеры и видимые слизистые иктеричные.  Температура 36,50 С. Больная отмечает общую слабость, головокружение.  Частота дыхания 19 в минуту. При перкуссии легочной звук, одинаковый на симметричных участках грудной клетки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС = 65 удара в минуту. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Глотание свободное. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень на 1 см из-под края реберной дуги; край плотно-эластической консистенции, гладкий, безболезненный. Стул, со слов больной, обычного цвета. Пальпаторно почки не определяются. Поколачивание по поясничной области безболезнено с обеих сторон. Отёков голеней и стоп нет. Мочеиспускание безболезненное, моча светло – желтого цвета. | Преднизолон по 2 таблетки 4 раза в день. |
| 23.10.03. | Общее состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы желтушные, склеры и видимые слизистые иктеричные.  Температура 36,70 С. Больная отмечает общую слабость, головокружение.  Частота дыхания 18 в минуту. При перкуссии легочной звук, одинаковый на симметричных участках грудной клетки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС = 66 ударов в минуту. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Глотание свободное. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень на 1 см из-под края реберной дуги; край плотно-эластической консистенции, гладкий, безболезненный. Стул, со слов больной, обычного цвета. Пальпаторно почки не определяются. Поколачивание по поясничной области безболезнено с обеих сторон. Отёков голеней и стоп нет. Мочеиспускание безболезненное, моча светло – желтого цвета. | Преднизолон по 2 таблетки 4 раза в день. |
| 24.10.03. | Общее состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы желтушные, склеры и видимые слизистые иктеричные.  Температура 36,90 С. Больная отмечает общую слабость.  Частота дыхания 18 в минуту. При перкуссии легочной звук, одинаковый на симметричных участках грудной клетки. Дыхание везикулярное, хрипов нет.Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС = 70 ударов в минуту. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Глотание свободное. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень на 1 см из-под края реберной дуги; край плотно-эластической консистенции, гладкий, безболезненный. Стул, со слов больной, обычного цвета. Пальпаторно почки не определяются. Поколачивание по поясничной области безболезнено с обеих сторон. Отёков голеней и стоп нет. Мочеиспускание безболезненное, моча светло – желтого цвета. | Преднизолон по 1 таблетке 4 раза в день. |
| 27.10.03. | Общее состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы желтушные, склеры и видимые слизистые иктеричные. Отмечается снижение иктеричности на ладонных поверхностях кистей.  Температура 36,60 С. Больная отмечает общую слабость.  Частота дыхания 18 в минуту. При перкуссии легочной звук, одинаковый на симметричных участках грудной клетки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС = 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Глотание свободное. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень на 1 см из-под края реберной дуги; край плотно-эластической консистенции, гладкий, безболезненный. Стул, со слов больной, обычного цвета. Пальпаторно почки не определяются. Поколачивание по поясничной области безболезнено с обеих сторон. Отёков голеней и стоп нет. Мочеиспускание безболезненное, моча светло – желтого цвета. | Преднизолон по 1 таблетке 3 раза в день. |
| 28.10.03. | Общее состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы желтушные, склеры и видимые слизистые иктеричные. Иктеричность на ладанных поверхностях кистей заметно спала.  Температура 36,80 С. Больная отмечает общую слабость.  Частота дыхания 18 в минуту. При перкуссии легочной звук, одинаковый на симметричных участках грудной клетки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС = 68 ударов в минуту. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Глотание свободное. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень на 1 см из-под края реберной дуги; край плотно-эластической консистенции, гладкий, гладкий, безболезненный. Стул, со слов больной, обычного цвета. Пальпаторно почки не определяются. Поколачивание по поясничной области безболезнено с обеих сторон. Отёков голеней и стоп нет. Мочеиспускание безболезненное, моча светло – желтого цвета. | Преднизолон по 1 таблетке 2 раза в день. |
| 29.10.03. | Общее состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы желтушные, склеры и видимые слизистые иктеричные. Отмечается слабая иктеричность с средней трети предплечья. На ладонях желтушность слабо заметна.  Температура 36,50 С. Больная отмечает общую слабость.  Частота дыхания 18 в минуту. При перкуссии легочной звук, одинаковый на симметричных участках грудной клетки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС = 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Глотание свободное. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень на 1 см из-под края реберной дуги; край плотно-эластической консистенции, гладкий, гладкий, безболезненный. Стул, со слов больной, обычного цвета. Пальпаторно почки не определяются. Поколачивание по поясничной области безболезнено с обеих сторон. Отёков голеней и стоп нет. Мочеиспускание безболезненное, моча светло – желтого цвета. | Преднизолон 1 таблетку утром. |

ПРОГНОЗ:

Прогноз для жизни в целом благоприятный. Самый частый исход острого вирусного гепатита «В» - выздоровление, но также может произойти хронизация процесса.

При соблюдении рекомендаций врача по режиму питания, образу жизни и медикаментозному лечению прогноз для работоспособности и выздоровления благоприятный. Через 4-6 недель после выписки из стационара больная может приступить к учебе и работе.

ПРОФИЛАКТИКА:

Нейтрализация источников инфекции.

Ранняя диагностика, госпитализация и лечение больных. Обследованию подлежат все лица, находившиеся с ними в близком (семейном) контакте. Люди, имеющие HBsAg, не могут работать в службе крови – станциях и отделениях переливания крови и т.п.

Пресечение путей передачи парентерального инфицирования включает 5 основных групп мероприятий:

Предупреждение «шприцевого» гепатита; т.е. широкое применение медицинского инструментария одноразового пользования; строгий контроль за предстерилизационной обработкой и стерилизацией медицинского инструментария многоразового использования (шприцы, иглы, канюли, катетеры, зонды, микропипетки, хирургический инструментарий и др.) во всех централизованных стерилизационных отделениях. Ограничение медицинских парентеральных манипуляций, назначение их строго по показаниям.

Предупреждение посттрансфузионного гепатита: строгое соблюдение установленных правил отбора доноров крови, органов, спермы. К донорству не допускаются лица, страдающие хроническими гепатитами и перенесшие в прошлом острый гепатит, а также лица, находившиеся в контакте с больными гепатитом на протяжение последних 6 месяцев, получавшие переливания крови или ее препараты (последние два года), страдающие наркоманией, алкоголизмом. Кровь из одной ампулы не разрешается переливать разным реципиентам.

Предупреждение гепатита в отделениях повышенного риска заражения: стационары, где используют аппаратуру с экстракорпоральной циркуляцией крови («искусственная почка», АИК и др.); центры сердечно – сосудистой хирургии, реанимационные блоки, отделения интенсивной терапии, ожоговых центров, онкологических стационарах, гематологических отделениях, где широко используются парентеральные манипуляции (стернальные пункции, трепанобиопсия, повторные анализы крови). Во всех этих отделениях нужно проводить контроль маркеров гепатитов и максимально использовать одноразовый инструментарий.

Предупреждение риска профессиональных заражений, т.е. у всех работников, работающих с кровью, у всех работников трансплантационных центров, центров сердечно – сосудистой хирургии каждые 6 месяцев проводиться обязательная индикация маркеров гепатитов. Лица, у которых обнаруживают маркеры, отстраняются от работы. Всю работу они должны выполнять по правилам.

Прерывания естественных путей передачи, - представляет наиболее сложное направление профилактики парентеральных гепатитов и требует активной работы в семейных очагах, школах, молодежных коллективах, воинских частях. Важное значение приобретает санитарно – просветительная работа, пропаганда знаний о механизме заражения, естественных путях передачи и мерах защиты.

3. А также проводится повышение невосприимчивости населения, т.е.:

Активная иммунизация:

Плазменные вакцины (высокоочищенный HBsAg, получаемый из крови хронических носителей). Доза до 20 мкг, внутримышечно (в дельтовидную мышцу на плече) – трехкратное введение через 1 – 6 (или через 2) месяцев. Ревакцинация через 5 лет.

Генно-инженерные рекомбинантные вакцины (получают из дрожжевых клеток, экспрессирующих HBsAg). Дозы и схема та же, что и у плазменной. Можно проводить также ускоренную программу вакцинации – трехкратное введение вакцины через 0, 7 и 21 день.

Пассивная иммунизация: иммуноглобулин В (IgHB) (получают из плазмы переболевших гепатитом «В»; содержит высокий титр анти – HBs – 1/100000 и выше – при полном отсутствии HBsAg). Вводят внутримышечно – взрослым 3-5 мл (0,06 мл/кг), новорожденным – 0,5 мл.

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

Больная Сладкова О.М., 30 лет, находится на стационарном лечении в инфекционном отделении с 18.09.03.

Больная поступила с жалобами на иктеричность склер, слабость, головокружение после незначительной физической нагрузки, темный цвет мочи и светлый цвет кала, снижение аппетита, эпизодическую тошноту, незначительные боли в правом подреберье. При объективном обследовании выявлено: желтушность кожных покровов и видимых слизистых, иктеричность склер; нижний край печени выступает на 1 см из-под края реберной дуги, контур ровный плотно-эластической консистенции, безболезненный; размеры печени по Курлову 10/ 9/ 7 см. Исходя из анамнеза жизни можно выделить следующие факторы для развития гепатита «В»: муж больной перенес вирусный гепатит «В» в период «май - июнь» 2003 года.

При дополнительном обследовании выявлены: Биохимический анализ крови от 19.09.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Общий белок | 70 | 65-85 г/л |
| Билирубин общий | 220 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прямой | 120 | до 3 мкмоль/л |
| Непрямой | 100 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 4,0 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| АСТ | 1,8 | 0,1-0,45 мкмоль/л |
| Тимоловая проба | 8,0 | 0-5 ед. |
| Холестерин | 2,6 | 3,4-5,3 ммоль/л |
| Фибриноген | 3,0 | 2-4 г/л |
| ПТИ | 76 | 85-100% |

Заключение. Наблюдается повышение билирубина за счет прямой фракции. Повышение ферментов. Коэффициент де Ритиса = 2,2. Незначительное повышение тимоловой пробы, что наиболее часто встречается при вирусных гепатитах. И используется при дифференцировке инфекционного эндокардита с ревматическим поражением сердца. Повышение тимоловой пробы также может указывать на мезенхимально – воспалительный процесс в печени. ПТИ незначительно снижено, что косвенно свидетельствует о неспособности печени участвовать в синтезе протромбина.

Биохимический анализ крови от 25.09.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Билирубин общий | 56 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прямой | 34 | до 3 мкмоль/л |
| Непрямой | 22 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 3,4 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| ПТИ | 90 | 85-100% |

Заключение. Показатели становятся ближе к норме, но все – таки билирубин высок за счет прямой фракции. Повышение преимущественно прямого билирубина, АЛТ говорит о цитолитическом синдроме, происходящем в клетках печени.

Биохимический анализ крови от 16.10.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Билирубин общий | 166 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прямой | 154 | до 3 мкмоль/л |
| Непрямой | 12 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 4,6 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| АСТ | 2,5 | 0,1-0,45 мкмоль/л |
| ПТИ | 50 | 85-100% |

Заключение. Наблюдается повышение билирубина за счет прямой фракции. Повышение ферментов. Коэффициент де Ритиса = 1,8. Также отмечается резкое снижение ПТИ, что косвенно свидетельствует о неспособности печени участвовать в синтезе протромбина.

Биохимический анализ крови от 23.10.03.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Билирубин общий | 96 | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Прямой | 74 | до 3 мкмоль/л |
| Непрямой | 22 | до 15 мкмоль/л |
| Трансаминазы: АЛТ | 5,7 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| АСТ | 3,4 | 0,1-0,45 мкмоль/л |

Заключение. Наблюдается повышение билирубина за счет прямой фракции, а также трансаминаз с преобладанием АЛТ. Что говорит об активном цитолитическом синдроме.

Общий анализ крови 13,10

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Результат |
| Гемоглобин | 136 г/л |
| СОЭ | 16 мл/час |
| Лейкоциты | 5,8 |
| Базофилы | 1 |
| Эозинофилы | 3 |
| Палочкоядерные | 4 |
| Сегментоядерные | 61 |
| Лимфоциты | 32 |
| Моноциты | 1 |

Заключение. Отмечается увеличение скорости оседания эритроцитов, что может говорить о наличие воспалительного процесса.

Общий анализ крови 22,10

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Результат |
| Гемоглобин | 133 г/л |
| СОЭ | 19 мл/час |
| Базофилы | 1 |
| Эозинофилы | 2 |
| Палочкоядерные | 4 |
| Сегментоядерные | 70 |
| Лимфоциты | 29 |
| Моноциты | 3 |

Заключение. Отмечается увеличение скорости оседания эритроцитов, что может говорить о наличие воспалительного процесса.

Общий анализ мочи от 19.09.03

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Результат |
| Цвет | Темно-желтый |
| Прозрачность | Прозрачная |
| Реакция | Кислая |
| Удельный вес | 1020 |
| Белок | Нет |
| Сахар | - |
| Лейкоциты | 4-5 в п/з |
| Эритроциты |  |
| Эпителий плоский | Большое количество |
| ----- почечный | - |
| Соли | - |

Заключение. Отмечается увеличенное содержание клеток плоского эпителия. Все остальные показатели в пределах нормы.

Общий анализ мочи от 22.10.03.

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Результат |
| Цвет | с/ж |
| Прозрачность | Прозрачная |
| Реакция | Щелочная |
| Удельный вес | 1005 |
| Белок | Нет |
| Сахар | - |
| Лейкоциты | 4-5 в п/з |
| Эритроциты | - |
| Эпителий плоский |  |
| ----- почечный | - |
| -----цилиндрический | - |
| Соли |  |

Заключение. Патологии не выявлено.

Исследование маркеров гепатита «C» 30,10,03

антитела к вирусу «С» Ig – G отр.

Антитела к вирусу «С» Ig – М отр.

Исследование маркеров гепатита «В» 13,10,03

НВs Ag положительный.

НВ cor Ig G положительный.

Кал на яйца глистов 29,09

Результат – отрицательный.

ИФА на антитела к ВИЧ 20,09

Отрицательно.

УЗИ 22,09

Со стороны внутренних органов изменений не обнаружено.

На основании этих данных поставлен диагноз: вирусный гепатит «В» (НВs Ag «+»), желтушная форма с преимущественно цитолитическим синдромом, средней степени тяжести, волнообразное течение.

За время пребывания в стационаре получала следующее лечение: преднизолон в таблетках.

После проведенного лечения состояние больной улучшилось. Отмечает исчезновение головокружения, слабость стала менее выражена, стул и моча приняли обычную окраску, желтушность стала менее интенсивной. Объективно после проведенного лечения отмечается: значительное уменьшение желтушности кожных покровов и видимых слизистых, иктеричности склер, при пальпации в области мезогастрия и области проекции желчного пузыря болезненности нет.

Планируется дальнейшее лечение больной в стационаре с последующей выпиской на фоне клинического выздоровления и после нормализации биохимических показателей крови: общего билирубина, АЛаТ, АСаТ.

**Список литературы**

«Вирусные гепатиты». Учебное пособие под редакцией В.М. Гранитова. – Барнаул 2001 год.

«Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения». Издание 2002 года.

Заслуженный деятель науки РФ, академик МАН, руководитель федерального гастроэнтерологического центра, главный гастроэнтеролог МЗ РФ, профессор П.Я. Григорьев.

Зав. кафедрой гастроэнтерологии ФУВ РГМУ, доктор медицинских наук, профессор Э.П. Яковенко.

Доктор медицинских наук, профессор А.И. Щукин.

Кандидаты медицинских наук: Н.А. Агафонова, А.С. Прянишников, Б.А. Шлевков, Л.А. Гусейнова, А.В. Яковенко.

Рецензенты – профессора: А.С. Мелентьев, П.Х. Джанашия, Ю.В. Васильев, А.А. Ильченко, А.И. Парфенов.

«Основы клинической гастроэнтерологии» Лычев В.Г. Издательство НГМА 2000. Н. Новгород.

«Рекомендации по диспансеризации больных с заболеваниями органов пищеварения в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях) РФ у врача терапевта или врача гастроэнтеролога» Главный гастроэнтеролог МЗ РФ профессор Григорьев П.Я., зав. Кафедрой гастроэнтерологии ФУВ РГМУ профессор Яковенко Э.П.

«Лекции по инфекционным болезням» 2-ой том. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Москва ВУНМЦ 1999.