**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

ФИО: Пациент Я.

Пол: Мужской

Возраст: 05.07.1962 (57 года)

Национальность: Русский

Образование: Среднее профессиональное

Профессия: охранник

Домашний адрес: г.Красноярск, Советский внутригородской р-н

Дата поступления в клинику: 11.11.19

Направлен: экстренно

Дата курации: 15.11.19

**ЖАЛОБЫБОЛЬНОГО**

Выраженная общая слабость, головокружение, отсутствие аппетита, потемнение мочи и осветление кала в течение недели, желтушность кожи и склер в течение 4 дней, боли в тазобедренных и коленных суставах в течение месяца.

**ANAMNESIS MORBI**

В 2017 году проходил лечение в инфекционном отделении БСМП по поводу неуточненного гепатита, был выписан с выздоровлением. На диспансерном наблюдении у инфекциониста и гастроэнтеролога не находился.

05.11.19 отметил ухудшение самочувствия, слабость и головокружение, отсутствие аппетита, на следующий день пациент начал замечать потемнение мочи и осветление кала. 10.11.19 окружающие заметили желтушное окрашивание склер и кожи.

11.11.19 осмотрен терапевтом в поликлинике БСМП, госпитализирован в инфекционное отделение с подозрением на гепатит неясной этиологии для обследования и лечения.

**Эпидемиологический анамнез**

Контакта с больными вирусным гепатитом не отмечает. В 2009 году перенес лапароскопическую холецистэктомию. Переливаний крови не было.Вакцинация против вирусных гепатитов в последние 30 лет не проводилась.

За 1 месяц до появления клиники заболевания посещал стоматолога.

Употребление алкоголя и гепатотоксических веществ не исключается.

**ANAMNESIS VITAE**

Родился в г. Красноярске доношенным ребёнком, в благополучной семье, жилищно-бытовые условия нормальные. Окончил 10 классов, после поступил в промышленный техникум, где получил техническую специальность.

Питается регулярно домашней пищей, пьет только кипяченую воду.

Условия труда удовлетворительные, с производственными вредностями не сталкивается.

В течение года отмечает беспричинное снижение веса на 13 кг.

Наследственность: со слов пациента - не отягощена.

Вредные привычки: курение до 2 пачек в день в течение 30 лет, употребление алкоголя и прием наркотических веществ отрицает.

Аллергический анамнез:псевдоаллергическая реакция на укус осы.

Туберкулез, язвенную болезнь, бронхиальную астму, венерические заболевания, ВИЧ отрицает.

**STATUS PRAESENS**

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное, температура тела 36,7, АД 120/80. Голова правильной формы, среднего размера. Шея обычной формы. Осанка правильная, деформации скелета нет. Телосложение нормостеническое, рост 162см., вес 65 кг. ИМТ = 24,7

Кожные покровы: цвет кожи шафрановый, теплая на ощупь, эластичность кожи нормальная, видимых высыпаний нет, подкожные кровоизлияния отсутствуют. Рубцовых изменений кожи не отмечается.

Форма ногтей не изменена, гладкие блестящие, без поперечной исчерченности. Оволосенение по мужскому типу, равномерное.

Слизистые оболочки:иктеричные, влажные. Высыпаний нет. Язык влажный, обложен желтым налетом. Зев без особенностей. Склеры иктеричные.

Подкожная клетчатка: подкожно жировая клетчатка развита удовлетворительно, распределена равномерно.

Лимфатические узлы: периферические лимфоузлы не пальпируются.

Мышцы: степень развития мускулатуры нормальная, тонус и сила в норме, болезненности при ощупывании мышц нет. Сила мышц в кисти, бёдрах, голени умеренная. Дрожание отдельных мышц и мышечных групп конечностей и туловища не обнаружено. Парезов и параличей нет.

Костная система: при исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей утолщений, искривлений и других нарушений не установлено. Изменений концевых фаланг кистей и стоп, болезненности при пальпации и перкуссии не отмечается. Конечности одинаковой длины.

Суставная система: при осмотре плечевые, локтевые, лучезапястные, тазобедренные, коленные и голеностопные суставы обычной конфигурации, кожные покровы над ними не изменены. При пальпации суставов, их припухлости, деформации, изменений не выявлено. Пальпация тазобедренных и коленных суставов болезненная. Болезненность отмечается в покое и при движении в коленных и тазобедренных суставах, хруста, изменения конфигурации, гиперемии и отёчности близлежащих тканей нет. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен.

**Органы дыхания:**

Дыхание через нос, свободное, голос нормальный. Тип дыхания брюшной, ЧДД=17 в минуту, ритмичное, поверхностное. Форма грудной клетки правильной формы, симметричная. Искривление позвоночника не выявлено. Над- и подключичная ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон. Межреберные промежутки не расширены. Движение грудной клетки при дыхание симметричное, равномерное.

**Пальпация:** грудная клетка эластична, безболезненна. Голосовое дрожание в норме. Шум трения плевры на ощупь не определяется.

**Перкуссия легких**: при сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких выслушивается ясный легочный звук.

По данным топографической перкуссии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Правое | Левое |
| Окологрудинная | V | - |
| Среднеключичная | VI | - |
| Передняя подмышечная | VII | VII |
| Средняя подмышечная | VIII | VIII |
| Задняя подмышечная | IX | IX |
| Лопаточная | X | X |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI позвонка | |

Высота стояния верхушек легких спереди – на 3 см выше ключицы, сзади- на уровне остистого отростка VII шейного позвонка с обеих сторон. Ширина полей Кренига- 6 см с обеих сторон.

Подвижность нижнего края лёгких, с обеих сторон.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Справа | | | Слева | | |
| На вдох | На выдох | Сумма | На вдох | На выдох | Сумма |
| L. media clavicularis | 2 см | 2 см | 4 см | - | - | - |
| L. axillaris media | 3 см | 3 см | 6 см | 3 см | 3 см | 6 см |
| L. scapularis | 2 см | 2 см | 4 см | 2 см | 2 см | 4 см |

Нижние границы лёгких в вертикальном положении. На симметричных участках грудной клетки выслушивается везикулярное дыхание. Бронхофония одинакова по симметричным линиям.

**Органы кровообращения**

При осмотре сердечной области выпячиваний, видимых пульсаций не отмечается.

При пальпации: верхушечный толчок определяется в V межреберье слева на 1.5 см кнутри от l. media clavicularis положительный, усиленный, разлитой, нормальной высоты, умеренной резистентности. Систолическое и диастолическое дрожание не определяется. При пальпации лучевой артерии частота пульса 55 уд в минуту, пульс ритмичный, умеренного напряжения, равномерный.

**Перкуссия сердца:**

Границы относительной тупости сердца

Правая: IV межреберье, на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Левая: V межреберье, на 1.5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Верхняя: III ребро по окологрудинной линии слева.

Границы абсолютной сердечной тупости

Правая: IV межреберье, по срединно-грудинной линии.

Левая: V межреберье, на 2.5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Верхняя: IV межреберье по левой окологрудинной линии.

Поперечник сердца 9 см. Конфигурация сердца нормальная. Ширина сосудистого пучка во II межреберье-6см.

**Аускультация сердца**

Тоны сердца ритмичные, ясные, чистые, шумов нет. Ритм сердца синусовый. На периферических артериях и яремных венах шумы не определяются.

Количество тонов не изменено, раздвоения и расщеплений не наблюдается.

Исследование сосудов: пульсация сонных, подключичных, плечевых, бедренных, подколенных, и задних большеберцовых артерий сохранена. При пальпации стенки артерий мягкие и эластичные. На всех перечисленных артериях пульс симметричный, ритмичный, частотой 55 удв мин, нормального наполнения и напряжения.

АД на обеих руках 120/80 мм.рт.ст.

**Органы пищеварения**

Отсутствие аппетита. Вкусовые ощущения не изменены. Глотание свободное, безболезненное.

Запах изо рта отсутствует. Язык влажный, обложен желтым налётом. Зев и глотка иктеричны, без налетов. Миндалины не выступают из-за небных дужек, однородные, с чистой поверхностью, не глубокие, без налетов, отделяемого и гнойных пробок в криптах.

Живот мягкий,пальпация безболезненна. Расширения подкожных вен не отмечается. Перистальтика желудка и кишечника на визуально не определяется.

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

При глубокой пальпации: в левой подвздошной области *сигмовидная кишка* пальпируется в виде гладкого плотноватого цилиндра диаметром около 2см, не урчит, безболезненная. *Слепая кишка* в правой подвздошной области в форме гладкого, мягкоэластического цилиндра диаметром около 4см, безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании. *Восходящий отдел* - гладкая, ровная, эластичная, безболезненна, слегка подвижна. Нисходящий отдел - плотная, безболезненная, урчит. *Терминальный отрезок подвздошной кишки* - поверхность гладкая, диаметр 0,5 - 1 см, безболезненная. *Поперечно-ободочная кишка*– не пальпируется. *Большая кривизна желудка* - на 2 см выше пупка, ровная, эластичная. *Пилорический отдел желудка* - не пальпируется.

*Печень* выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край плотный, закруглен. Размеры по Курлову12\*11\*9 см.

*Селезенка* в положении лежа на спине и на правом боку не пальпируется. Перкуторно границы селезенки: по левой реберной дуге- 6см, по левой средней подмышечной линии- 8см.

Дополнительные патологические образования в брюшной полости не пальпируются. Признаки скопления свободной жидкости в брюшной полости методом флюктуации и перкуторно не определяются.

**Аускультация** живота: определяются шумы перистальтики кишечника в виде периодического урчания и переливания жидкости. Шум трения брюшины и систолический шум над аортой и мезентеральными артериями отсутствует.

Стул 2 раза в день светло-желтого цвета, без примесей, недооформленный.

**Органы мочевыделения**

При осмотре поясничной области отёков и припухлостей не выявлено.

**Пальпация**: Почки в положении стоя, лежа на спине и на боку не пальпируются. Симптом XIIребра отрицательный с обеих сторон. Пальпация по ходу мочеточников, в надлобковой области безболезненна, перкуторно тимпанический звук.

Имеются отёки голеней и стоп.

Мочеиспускание свободное и безболезненное.

Диурез в норме, моча имеет цвет пива.

**Эндокринная система.**

Нарушений роста, телосложения и пропорциональности отделяемых частей тела не выявлено. ИМТ= 24,7 Кожа нормальная, увлажнена. Истончения, огрубления, стрий и гиперпигментации при осмотре не выявлено. Шея правильной формы, при пальпации болезненность отсутствует, щитовидная железа не пальпируется. Глазные симптомы отрицательны.

Вторичные половые признаки выражены в нормальной степени, соответственно мужскому полу.

Физическое и умственное развитие адекватно соответствуют возрасту пациента.

**ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БОЛЬНОМ**

В картине заболевания можно выделить следующие синдромы:

* Артралгический синдром – боли в покое и при движении в тазобедренных и коленных суставах.
* Астенический синдром–снижение аппетита, слабость, головокружение.
* Гепатомегалия – печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край плотный. Размеры по Курлову12\*11\*9 см,по данным УЗИ - гепатомегалия.
* Цитолитический синдром – сильно повышены уровни аминотрансфераз (в анализах крови АСТ 469, АЛТ 727, коэфф.де Ритиса 0,6).
* Холестатический синдром – пожелтение кожных покровов, иктеричность слизистых оболочек и склер, потемнение мочи, осветление кала, билирубин общий 267,3, билирубин прямой 236,1, ЩФ 188.
* Мезенхимально-воспалительный синдром - относительный лейкоцитоз (10,4 \*109), тимоловая проба (10,3 Ед), повышение СОЭ (14 мм/ч), антитела суммарные к HCVположительны.

На основании клинических синдромов, анамнеза и жалоб можно предположить диагноз:Хронический вирусный гепатит С, выраженной активности, прогредиентного течения с преимущественно холестатическим и цитолитическим синдромом.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся желтухой с преимущественным повышением коньюгированного билирубина в сыворотке крови начинается с определения маркеров острых вирусных гепатитов. Наличие хотя бы одного маркера вирусных гепатитов А, В, С, D, G, а также гепатотропных вирусов: цитомегаловируса (CMV), TTV, герпеса (HSV), исследуемых методом иммуноферментного анализа и полимеразноцепной реакцией (ПЦР), является подтверждением вирусной инфекции. У данного пациента положительны анти HCV суммарные, но отрицательны IgMHAV и HbsAg в крови.

1. О наличии вирусного гепатита В свидетельствует положительный HbsAg в крови, наличие IgM и IgG к HBV свидетельствуют об обострении хронического вирусного гепатита В, наличие только IgG к HBV свидетельствует о наличии иммунитета после вакцинации или о хроническом течении. При проведении серологического исследования у пациента данные маркеры в крови отсутствуют.
2. О наличии вирусного гепатита А свидетельствуют IgMHAV, наличие IgGHAV свидетельствуют о наличии иммунитета после проведенной вакцинации или о недавно перенесенном заболевании. При проведении серологического исследования данные маркеры в крови не были обнаружены. Также при вирусном гепатите А присутствует специфический эпидемиологический анамнез, отсутствующий у пациента. Отмечается повышение тимоловой пробы в 3-4 раза, в то время как у пациента тимоловая проба повышена в 2 раза.
3. Для токсического гепатита характерен специфический эпидемиологический анамнез, наличие которого мы не можем исключить у данного пациента. Также токсический гепатит характеризуется превышением активности АСТ над АЛТ в 1,5–2,0 раза, т.е. повышение коэффициента де-Ритиса > 1,0. В данном случае у пациента мы имеем понижение коэффициента де Ритиса до 0,6, превышение активности АЛТ над АСТ. Может отмечаться повышение ГГТП и снижение содержания сывороточного железа в крови, необходимо дообследование.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Общеклинические исследования (ОАК, ОАМ, антиHIV, RW, кал на яйца глист)
2. Биохимические исследования (свободный и связанный билирубин, АСТ, АЛТ, холестерин, ГГТП, ЩФ, СРБ, церулоплазмин, сывороточное железо, гликемический профиль)
3. Серологическое исследование (HbsAgкрови, IgM и IgG к HBV, IgMHAV, IgGHAV,антитела к HCV суммарные и IgM)
4. Молекулярно-генетическое исследование (ПЦР на РНК HCV с генотипированием)
5. Инструментальное исследование (эластография, УЗИорганов брюшной полости, ЭКГ)

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

1. Стол №5
2. Режим постельный
3. Панкреатин – ферментный препарат

10000ЕД 2 таб. 3 р/сутки во время еды 14 дней.

1. Энтеросгель – адсорбирующий препарат

1 ст.ложка 3 р/сутки.

1. Дезинтоксикационная терапия р-р Рингера

400мл в/в капельно 1р/сутки

1. Аскорбиновая кислота – витамин С

1 таб. растворить в 200 мл воды, принимать 1 р/сутки после еды.

**Данные лабораторных и дополнительных методов обследования:**

**Общеклинические исследования**

**ОАК (12.11.18)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Гематологические исследования | | | |
| СОЭ | **14** | мм/час | (1-10) |
| Гемоглобин | 137 | г/л | (120.0-160.0) |
| Эритроциты | 4,82 | 1012/л | (3.90-5.00) |
| Лейкоциты | **10,4** | 109/л | (4.00-9.00) |
| MCV-Средн. Объем эритроцитов | 95 | fL | (80.0-95.0) |
| MCH-ср. содерж. Hb в 1 эритроците | 28,9 | Pg | 27.0-31.0 |
| MCHC-ср. конц. Hb в эритроц. | 323.0 | г/л |  |
| RDW-CV коэф. Вариации ширины распредел. эритроцитов | 14 | % | <14 |
| MPV- Сред. Объем тромбоцитов | 8,3 | fL | 7.0-11.0 |
| Гематокрит | 42,400 | 1 | 36.000-48.000 |
| Тромбоциты | 354 | 109/л | 180-360 |
| Лейкоформула (анализатор): | | | |
| Лимфоциты % (анализатор) | 33,2 | % | 19.0-40.0 |
| Лимфоциты %  (анализатор) | 2.8 | 109/л | 1.2-3.0 |
| Гранулоциты %  (анализатор) | 63.1 | % | 42.2-75.2 |
| Гранулоциты %(анализатор) | 5,3 | 109/л | 1.4-6.5 |
| Средние клетки %  (анализатор) | 3,7 | % |  |
| Средние клетки %  (анализатор) | 0.40 | 109/л |  |
| Лейкоформула (микроскопия) | | | |
| П/я нейтрофилы | 4.0 | % | 1.0-6.0 |
| С/я нейтрофилы | 62.0 | %; | 45.0-72.0 |
| Лимфоциты | 21.0 | % | 19.0-37.0 |
| Моноциты | 6.0 | % | 3.0-11.0 |
| Эозинофилы | 1 |  | 0.0-5.0 |

**Заключение:** повышение СОЭ (14 мм/ч), относительный лейкоцитоз (10,4).

19.11.19

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Гематологические исследования | | | |
| СОЭ | **12** | мм/час | (1-10) |
| Гемоглобин | 137 | г/л | (120.0-160.0) |
| Эритроциты | 4,82 | 1012/л | (3.90-5.00) |
| Лейкоциты | 6,8 | 109/л | (4.00-9.00) |
| MCV-Средн. Объем эритроцитов | 95 | fL | (80.0-95.0) |
| MCH-ср. содерж. Hb в 1 эритроците | 28,9 | Pg | 27.0-31.0 |
| MCHC-ср. конц. Hb в эритроц. | 323.0 | г/л |  |
| RDW-CV коэф. Вариации ширины распредел. эритроцитов | 14 | % | <14 |
| MPV- Сред. Объем тромбоцитов | 8,3 | fL | 7.0-11.0 |
| Гематокрит | 42,400 | 1 | 36.000-48.000 |
| Тромбоциты | 354 | 109/л | 180-360 |
| Лейкоформула (анализатор): | | | |
| Лимфоциты % (анализатор) | 33,2 | % | 19.0-40.0 |
| Лимфоциты %  (анализатор) | 2.8 | 109/л | 1.2-3.0 |
| Гранулоциты %  (анализатор) | 63.1 | % | 42.2-75.2 |
| Гранулоциты %(анализатор) | 5,3 | 109/л | 1.4-6.5 |
| Средние клетки %  (анализатор) | 3,7 | % |  |
| Средние клетки %  (анализатор) | 0.40 | 109/л |  |
| Лейкоформула (микроскопия) | | | |
| П/я нейтрофилы | 4.0 | % | 1.0-6.0 |
| С/я нейтрофилы | 62.0 | %; | 45.0-72.0 |
| Лимфоциты | 21.0 | % | 19.0-37.0 |
| Моноциты | 6.0 | % | 3.0-11.0 |
| Эозинофилы | 1 |  | 0.0-5.0 |

**Заключение:**повышение СОЭ (12 мм/ч).

**ОАМ (12.11.19)**

Количество:15 мл

Цвет: темно - желтый  
Прозрачность: мутноватая

Относительная плотность 1015

Реакция pH- кислая

Глюкоза: отрицательно

Общий белок: 0.75 г/л (0.000-0.120)

Билирубин/желчные пигменты +++

Микроскопия осадка мочи:

Эпителий переходный в п.зр 0-0-1

Лейкоциты в п.зр 10-12

Эритроциты неизмененные в п-зр единичные

Цилиндры зернистые в 0-0-1

Слизь ++

Бактерии +

**Заключение**: лейкоцитурия (10-12 в п/зр), протеинурия (0,75 г/л).

**Копрологическое исследование (12.11.19)**

Цисты простейших и яйца гельминтов не обнаружены.

**Серологические исследования**

**12.11.19**Антиген HBsAg кHBV - отрицательно

**12.11.19** Антитела к HCV сумм.– положительно

**12.11.19**Антитела IgMк HCV–отрицательно

**12.11.19**Антитела IgMк HАV- отрицательно

**12.11.19**Тимоловая проба – 10,3

**Биохимическое исследование крови (12.11.19)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 12.11.19 |  | 19.11.19 |
| АЛТ | 727 | Е/л |  |
| АСТ | 469 | Е/л |  |
| ЩФ | 188 | Е/л |  |
| Билирубин общий | 267,3 | Мкммоль/л | 294,4 |
| Билирубин прямой | 236,1 | Мкммоль/л |  |

**Заключение**: АЛТ и АСТ значительно повышены, гипербилирубинемия.

**Инструментальные методы исследования:**

**УЗИ органов брюшной полости (12.11.2019)**

**Печень**

**Размеры:**

Правая КВР 167мм (N до 150 мм)

Толщина левой доли 66 мм (N до 50-60 мм)

Левая ККР 120 мм (N до 100 мм)

**Контур** четкий, ровный

**Структура** однородная

**Эхогенность** резко повышена, с затуханием эхосигнала по задней поверхности, сосуд.рисунок обеднен.

**Дополнительные образования** не выявлены

**Внутрипеченочные желчные протоки** не расширены

**Холедох** 3,5 мм (Nдо 6мм) не расширен

**Воротная вена** диаметр 9 мм (N от 9 до 40 мм), просвет свободен

**Нижняя полая вена**

Размер 9-11мм

**Печеночные вены** 3-4мм (N 6-10мм)

**Желчный пузырь**не визуализируется, удален

**Поджелудочная железа**

**Контур** четкий, ровный

**Размеры:**головка 28мм (Nдо 31мм), тело 19мм (Nдо 20мм), хвост 27мм (Nдо 31мм)

**Структура** однороная,повышенной эхогенности

**Дополнительные образования** не выявлены

**Вирсунгов проток** не расширен

**Селезеночная вена в области тела** диаметр 8 мм

**Селезенка**

**Контур** четкий, ровный

**Размеры**102\*54 мм(Nдо 120\*55 мм)

**Структура** однородная

**Селезеночная вена в области ворот** 6 мм

**Лимфатические узлы** не визуализируются

**Жидкость в брюшной полости** не визуализируется на момент исследования

**Заключение**

Гепатомегалия с диффузными изменениями; диффузные изменения в структуре поджелудочной железы.

**12.11.19 ЭКГ:** синусовая брадикардия с ЧСС 55 ударов в минуту, диффузные изменения в миокарде неспецифического характера.

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| 15.11.19  Жалобы: беспокоит слабость, головокружение, отсутствие аппетита, боли в коленных и тазобедренных суставах.  Общее состояние: средней тяжести.  Температура тела: 36,7 град. С  Дыхательная система: ЧДД 17 в мин.; аускультативно везикулярное дыхание проводится по всем полям, хрипов нет  Сердечно-сосудистая система: ЧСС 54 уд. в мин. АД 120/80 мм.рт.ст; тоны сердца ясные, ритмичные.  ЖКТ: живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины: отрицательные; печень при пальпации: увеличена +2 см, край плотный. Селезенка не пальпируется.  Физиологическое отправления: Стул 2 раза в день светло-желтого цвета, без примесей, недооформленный.  Диурез сохранен. Моча имеет цвет пива. | Назначение:  1. Стол №5  2. Режим постельный  3. Панкреатин – ферментный препарат  10000ЕД 2 таб. 3 р/сутки во время еды 14 дней.  5. Энтеросгель – адсорбирующий препарат  1 ст.ложка 3 р/сутки.  6. Дезинтоксикационная терапия р-р Рингера  400мл в/в капельно 1р/сутки 7.Аскорбиновая кислота – вит С1 таб. растворить в 200 мл воды, принимать 1 р/сутки после еды. |
| 20.11.19  Жалобы: беспокоит слабость, боли в коленных и тазобедренных суставах.  Общее состояние: средней тяжести.  Температура тела: 36,8 град. С  Дыхательная система: ЧДД 16 в мин.; аускультативно везикулярное дыхание проводится по всем полям, хрипов нет  Сердечно-сосудистая система: ЧСС 56 уд. в мин. АД 120/80 мм.рт.ст; тоны сердца ясные, ритмичные.  ЖКТ: живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины: отрицательные; печень при пальпации: увеличена +2 см, край плотный. Селезенка не пальпируется.  Физиологическое отправления: Стул 1 раз в день светло-желтого цвета, без примесей, оформленный.  Диурез сохранен. Моча имеет цвет пива. | 1. Стол №5  2. Режим постельный  Препараты по назначению |

|  |  |
| --- | --- |
| 26.11.19  Жалобы: боли в коленных и тазобедренных суставах.  Общее состояние: средней тяжести  Температура тела: 36,6 град. С  Дыхательная система: ЧДД 18 в мин.; аускультативно везикулярное дыхание проводится по всем полям, хрипов нет  Сердечно-сосудистая система: ЧСС 55 уд. в мин. АД 120/80 мм.рт.ст; тоны сердца ясные, ритмичные.  ЖКТ: живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины: отрицательные. Печень при пальпации: увеличена +2 см, край плотный.  Физиологическое отправления: Стул 1 раз в день желтого цвета, без примесей, оформленный.  Диурез сохранен. Моча имеет цвет пива. | 1. Стол №5  2. Режим постельный  Препараты по назначению |

**ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

ПациентЯ., 57 лет, находится на лечении в инфекционном отделении с клиническим диагнозом:Хронический вирусный гепатит С, выраженной активности, прогредиентного течения с преимущественно холестатическим и цитолитическим синдромом.

Диагноз выставлен на основании: **жалоб**:выраженная общая слабость, головокружение, отсутствие аппетита, потемнение мочи и осветление кала в течение недели, желтушность кожи и склер в течение 4 дней, боли в тазобедренных и коленных суставах в течение месяца; **анамнеза**: в 2017 году проходил лечение в инфекционном отделении БСМП по поводу неуточненного гепатита, был выписан с выздоровлением. На диспансерном наблюдении у инфекциониста и гастроэнтеролога не находился.

05.11.19 отметил ухудшение самочувствия, слабость и головокружение, отсутствие аппетита, на следующий день пациент начал замечать потемнение мочи и осветление кала. 10.11.19 окружающие заметили желтушное окрашивание склер и кожи; **эпид.анамнеза**: контакта с больными вирусным гепатитом не отмечает. В 2009 году перенес лапароскопическую холецистэктомию. Переливаний крови не было.Вакцинация против вирусных гепатитов в последние 30 лет не проводилась. За 1 месяц до появления клиники заболевания посещал стоматолога. Употребление алкоголя и гепатотоксических веществ не исключается; **осмотра больного**: цвет кожи шафрановый, склеры и слизистые оболочки иктеричны, язык обложен желтым налетом, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край плотный, закруглен, размеры по Курлову12\*11\*9 см, пальпация тазобедренных и коленных суставов болезненная. Болезненность отмечается в покое и при движении в коленных и тазобедренных суставах. Брадикардия с ЧСС 55 уд в мин.

Диагноз **подтвержден** лабораторными и инструментальными методами исследования:повышены уровни аминотрансфераз (в анализах крови АСТ 469, АЛТ 727, коэфф.де Ритиса 0,6), билирубин общий 267,3, билирубин прямой 236,1, ЩФ 188, относительный лейкоцитоз 10,4 \*109, тимоловая проба 10,3 Ед, повышение СОЭ 14 мм/ч, антитела суммарные к HCVположительны, по данным УЗИ – гепатомегалия и диффузные изменения печени и ПЖ, по ЭКГ – брадикардия 55 уд в мин.

Для исключения токсического гепатита планируется проведение биохимического исследования крови на ГГТП и сывороточное железо.

В отделении проводится терапия: стол №5, режим постельный, дезинтоксикационные препараты (р-р Рингера), адсорбирующие препараты (энтеросгель), ферментные препараты (панкретатин), витамины (аскорбиновая кислота).

Динамика на фоне проводимой терапииположительная: улучшилось общее самочувствие больного, появился аппетит, отсутствуют слабость и головокружение.

**Рекомендовано**:

1. продолжить лечение в условиях стационара до достижения субнормальных уровней аминотрансфераз и билирубина в крови
2. провести молекулярно-генетическое исследование: ПЦР на РНК HCV с генотипированием
3. проведение общеклинических и биохимических исследований в динамике
4. провести эластографиюдля определения плотностии эластичности печени
5. лабораторно определить уровни ГГТП и сывороточного железа
6. при достижении субнормальных уровней аминотрансфераз и билирубина в крови и при окончательном подтверждении диагноза Хронический вирусный гепатит С, выраженной активности, прогредиентного течения с преимущественно холестатическим и цитолитическим синдромом показано назначение специфической противовирусной терапии Дасабувиром по схеме.