

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра инфекционных болезней

Е. Л. КРАСАВЦЕВ, А. Л. СВЕНТИЦКАЯ

**СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
ПАЦИЕНТА С ИНФЕКЦИОННОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 4 и 5 курсов
лечебного факультета и факультета иностранных студентов
учреждений высшего медицинского образования**

**Гомель
ГомГМУ
2019**

УДК 616.9 (084.2) (072)

ББК 55.14я73

К 78

Рецензенты:

кандидат медицинских наук,
доцент кафедры инфекционных болезней и детских инфекций
Белорусской медицинской академии последипломного образования

Н. В. Голобородько;

кандидат медицинских наук,
заведующий отделением функциональной диагностики
Республиканского научно-практического центра
радиационной медицины и экологии человека

Д. И. Гавриленко

Красавцев, Е. Л.

К 78 Схема истории болезни пациента с инфекционной патологией:
учеб.-метод. пособие для студентов 4 и 5 курсов лечебного факультета
и факультета иностранных студентов учреждений высшего меди-
цинского образования / Е. Л. Красавцев, А. Л. Свентицкая. — Го-
мель: ГомГМУ, 2019. — 52 с.
ISBN 978-985-588-164-4

В учебном-методическом пособии представлены схема по подготовке и написанию учебной истории болезни пациента с инфекционной патологией, протоколы обследования и лечения инфекционных заболеваний. Составлено в соответствии с программой по инфекционным болезням.

Предназначено для студентов 4 и 5 курсов лечебного факультета и факультета иностранных студентов учреждений высшего медицинского образования.

Утверждено и рекомендовано к изданию научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 24 апреля 2019 г., протокол № 9.

УДК 616.9 (084.2) (072)

ББК 55.14я73

ISBN 978-985-588-164-4

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2019

ВВЕДЕНИЕ

Студенты получают навыки клинического обследования и ведения истории болезни на кафедре пропедевтики внутренних болезней. Однако опрос и курация инфекционного пациента имеют свои особенности, что отражается также в плане составления истории болезни. Например, студент впервые овладевает умением сбора эпидемиологического и иммунологического анамнеза с использованием его для правильной и своевременной диагностики. С помощью обычных врачебных приемов, в определенной последовательности опрашивая и осматривая пациента, анализируя симптоматику, студент должен выделить ведущие синдромы инфекционной болезни, определить этап развития патологического процесса и на основе синтеза полученных данных сформулировать диагноз. Данные методические рекомендации являются схемой основных этапов деятельности студента при курации и описании истории болезни инфекционного пациента.

СХЕМА УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

1. Паспортная часть.
2. Жалобы.
3. История настоящего заболевания.
4. История жизни.
5. Эпидемиологический анамнез.
6. Настоящее состояние.
7. Предварительный диагноз и его обоснование.
8. План обследования пациента.
9. Результаты лабораторных и других вспомогательных методов исследования.
10. План лечения пациента.
11. Дневники.
12. Температурный лист
13. Дифференциальный диагноз.
14. Клинический диагноз и его обоснование.
15. Эпикриз.
16. Прогноз болезни, диспансеризация.
17. Литература.

Приводится также образец оформления титульного листа учебной истории болезни (*Приложение 1*).

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

- А. Фамилия, имя, отчество.
- Б. Возраст.
- В. Профессия и место работы.
- Г. Домашний адрес.
- Д. Дата поступления в клинику.
- Е. Направительный диагноз.

2. ЖАЛОБЫ

Фиксируются жалобы, относящиеся к синдрому интоксикации, дегидратации, желтухи, к патологии одной или нескольких систем (органов пищеварения, нервной, дыхательной и др.), к аллергическим проявлениям. В этот раздел заносятся жалобы пациента в первый день курации. Выясняются основные болезненные явления, их характеристика. Отмечается день болезни.

3. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

В этом разделе отражается начало болезни и ее динамика до дня курации.

При опросе необходимо помнить, что инфекционные болезни имеют определенную цикличность течения (периоды продромальный, разгара, реконвалесценции) и последовательность развития симптоматики. При всех инфекционных болезнях имеется общий синдром интоксикации и характерные симптомы поражения тех или иных систем организма. Описывается развитие болезни (острое или постепенное), последовательность появления симптомов по дням болезни. Выясняется наличие продромального периода, характер и длительность лихорадки. При опросе необходимо выяснить симптомы, время их проявления. При этом необходимо подробно характеризовать симптомы. Например, при наличии болей в животе указывается их характер, интенсивность и локализация. При описании диареи уточняется частота стула, консистенция испражнений (жидкая, кашицеобразная), цвет (обычный, зеленоватый, обесцвеченный), запах (обычный, зловонный, без калового запаха), наличие и характер патологических примесей (слизь, кровь — прожилки, в виде «мясных помоев», «малинового желе») и др. Такая детализация симптомов поможет провести дифференциальный диагноз в группе сходных болезней.

Указывается дата обращения к врачу, назначенное лечение, его эффективность и переносимость, результаты поликлинического обследования (документировано или со слов пациента). Дата госпитализации. Последующее течение болезни, лечение в стационаре до начала курации.

4. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

Краткие биографические сведения. Место рождения, развитие в детстве, образование, начало самостоятельной трудовой жизни. Профессия, профессиональные вредности.

Семейная жизнь, здоровье членов семьи. У женщин уточняется гинекологический анамнез: время появления, характер, продолжительность менструального цикла; беременность; роды, их исходы.

Состояние здоровья родителей, заболевания, перенесенные родителями и ближайшими родственниками (туберкулез, сифилис, алкоголизм, нервно-психические заболевания, злокачественные опухоли, болезни обмена и т. д.).

Вредные привычки: курение, употребление алкоголя, с какого возраста, в каком количестве, другие вредные привычки (токсикомания, наркомания и т. п.).

Перенесенные заболевания: когда и как протекало заболевание. Наличие травм, операций, хронических заболеваний.

Аллергологический анамнез: переносимость лекарств, пищевых продуктов, вакцин, сывороток. Необходимо выяснить какого типа реакции имели место.

Иммунологический анамнез: профилактические прививки (когда, сколько раз, интервалы, реакция на прививку).

5. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Эпидемиологический анамнез преследует цель выявления возможного источника инфекции, путей заражения и иммунного статуса макроорганизма.

Выясняется наличие контакта с инфекционными пациентами (дома, у соседей, на работе), пребывание в дороге и разъездах, контакт с приезжими лицами, проживание в эпидемиологически неблагоприятных местностях, уход за животными, были ли заболевания среди животных, участие в охоте.

Обращается внимание на санитарное состояние квартиры, наличие мух и эктопаразитов. Выясняются условия водоснабжения: центральный водопровод, колодец шахтный, с крышкой или без нее, водоснабжение на работе. Дается характеристика санузла: канализация, надворная уборная, ее санитарное состояние, дезинфекция. Состояние мусоропровода, выгребных ям (ящик, контейнер), санитарное состояние окружающей территории.

Большое внимание уделяется вопросам питания: употребление в пищу немытых овощей и фруктов, не кипяченого молока, недоброкачественных продуктов (расшифровать — условия хранения, приготовления и т. п.), питье сырой воды, место питания (дома, в столовой), какими продуктами

пользуется семья (из магазина, рынка), условия хранения продуктов питания (холодильник, погреб и т. д.).

Обращается внимание на вопросы личной гигиены: частота посещения бани и смены нательного и постельного белья, мытье рук перед едой, состояние ногтей, наличие на коже повреждений, ранений, ссадин, царапин.

Учитывается характер работы пациента: производственные вредности (парикмахер, продавец, животновод, работа в кожевенной промышленности, работа в зверохозяйствах, контакт с ядохимикатами, принадлежность к декретированной группе).

При вирусных гепатитах уточняются следующие вопросы: переливалась ли кровь или плазма, проводились ли оперативные вмешательства и инъекции, а также другие манипуляции, сопровождающиеся нарушением целостности кожи и слизистых покровов (посещение стоматолога, у женщин — гинеколога) в течение последних 6 месяцев до заболевания (при подозрении на хроническое поражение печени — в течение всей жизни).

6. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

Общее состояние пациента (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое) оценивается выраженностью интоксикации, декомпенсации функций органов и систем, состоянием сознания.

Сознание: ясное, спутанное, ступор, сопор, кома, бред, галлюцинации.

Положение пациента: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение: конституционный тип (астенический, нормостенический, гиперстенический), рост, масса тела.

Температура тела, ознобы.

Внешний вид пациента: лицо, выражение, одутловатость.

Кожа и видимые слизистые: окраска, пигментация, высыпания (характер, количество, локализация), зуд, рубцы, расчесы, геморрагии, сосудистые звездочки. Влажность и тургор кожи. Энантема.

Подкожно-жировая клетчатка: развитие, отеки (общие, местные).

Лимфатические узлы: локализация, размеры в сантиметрах, подвижность, консистенция, болезненность, миндалины ротоглотки, их величина, окраска, консистенция, налеты.

Костно-мышечная система: деформация, степень развития, болезненность при ощупывании, наличие судорог. Ногти. Состояние концевых фаланг пальцев рук и ног.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

НОС: характер дыхания, характер отделяемого.

ГОРТАНЬ: голос, охриплость, афония.

ГРУДНАЯ КЛЕТКА: форма, симметричность.

ДЫХАНИЕ: симметричность, глубина, ритм, частота дыхательных движений в минуту

ПЕРКУССИЯ: сравнительная и топографическая, верхние и нижние границы легких, подвижность нижнего края легких (в сантиметрах) по задне-подмышечной линии.

АУСКУЛЬТАЦИЯ: характер дыхания, хрипы, крепитация, шум трения плевры, бронхофония.

СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Осмотр сосудов в области сердца, верхушечный и сердечный толчок.

ПЕРКУССИЯ: границы относительной тупости сердца: правая, верхняя, левая, конфигурация сердца.

АУСКУЛЬТАЦИЯ: сердца, сосудов, звучность тонов, наличие или отсутствие шумов, шум трения перикарда. Частота пульса на лучевых артериях, его наполнение и напряжение, величина, ритм, дефицит, диастолический шум.

Осмотр и пальпация сосудов ног. Кожные проявления изменений микроциркуляции. Артериальное давление.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Полость рта: язык (влажность, отечность, налет, окраска, трещины), состояние зубов, десен, мягкого и твердого неба, наличие энантемы, афт, слизистой глотки.

Живот: форма, симметричность, участие в акте дыхания, метеоризм, венозные коллатерали, асцит.

Поверхностная пальпация, болезненность, напряжение мышц, перитонеальные симптомы, опухолевидные образования, грыжи.

Пальпация кишечника: состояние отделов толстой кишки (в том числе слепой и сигмовидной), тонкого кишечника и желудка, болезненность, урчание, спазм, перистальтика, наличие геморроя.

ПЕЧЕНЬ:

ПЕРКУССИЯ: границы печени по Курлову, симптом Ортнера.

ПАЛЬПАЦИЯ: увеличение в сантиметрах, край, консистенция, болезненность, поверхность печени.

ПАЛЬПАЦИЯ желчного пузыря: определение болезненных точек, френитус-симптом.

ПАЛЬПАЦИЯ поджелудочной железы.

СЕЛЕЗЕНКА: перкуссия — определение поперечного и продольного размеров.

Пальпация — на спине и в положении на правом боку — форма, край, консистенция, болезненность.

СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

Диурез, цвет мочи, боли в поясничной области, дизурия. Пальпация поясничной области, пальпация надлобковой области. Симптом поколачивания. Перкуссия мочевого пузыря.

ПОЛОВАЯ СИСТЕМА

Половая функция, менструальный цикл. Осмотр, пальпация мошонки, яичек, надлобковой области, выделения из половых органов.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Состояние щитовидной железы: величина и консистенция, ширина глазных щелей, блеск глаз, экзофтальм.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА

Сознание (ясное, спутанное, сонор, кома, бред, галлюцинации), интеллект, настроение. Повышение возбудимости (эйфория, чрезмерная говорливость, агрессивность, угнетение, вялость, апатия, сонливость, оглушенность). Головная боль (локализация, характер). Менингеальный синдром.

Двигательная сфера. Чувствительная сфера. Черепно-мозговые нервы. Рефлексы: зрачковый, глоточный, коленный, ахиллов, брюшной. Патологические рефлексы. Дермографизм. Слух. Обоняние.

7. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Предварительный диагноз формулируется на основе данных анамнеза и объективного клинического исследования, полученных в первый день курации.

Для обоснования диагноза используют наводящие, опорные и патогномичные симптомы, учитывают их сочетание и последовательность развития. В затруднительных случаях следует высказаться в пользу более вероятной болезни. В этом разделе указываются нозологические формы, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз у данного пациента.

8. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Куратор должен назначить исследования, которые могут подтвердить предполагаемый диагноз, исключить сходные болезни. Составляется необходимый для данного пациента перечень предполагаемых лабораторных, инструментальных, рентгенологических и других методов исследования (анализ крови, общий и биохимический, анализ мочи, копроскопия, бактериологические исследования крови, мочи, кала, желчи, серологические реакции, внутрикожные пробы, исследование спинномозговой жидкости, ректороманоскопия, рентгеновское исследование грудной клетки и желудочно-кишечного тракта, ЭКГ и другие) (*Приложение 2*).

9. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ДРУГИХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ

В этом разделе истории болезни приводятся результаты лабораторных, инструментальных и других методов исследования, имеющие прямое или косвенное отношение к постановке диагноза. Полученные данные приводятся не только однократно, но и в динамике заболевания, что увеличивает их диагностическую ценность.

10. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Составляется для периода выраженных клинических проявлений болезни. Указывается подробно режим, диета, этиотропная и патогенетическая терапия.

Куратор подробно излагает и обосновывает терапию, применяемую в лечении данного заболевания и конкретно у курируемого пациента.

11. ДНЕВНИКИ

Дневник отражает полностью течение болезни и предпринятые лечебные мероприятия. Делается аккуратная, систематическая запись всех субъективных и объективных данных, характеризующих состояние отдельных органов и систем организма. Обязательно должна быть отражена динамика заболевания, время исчезновения одних и появление других симптомов. В дневник также вносятся заключения специалистов и консультантов.

12. ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

13. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз необходимо провести конкретно у данного пациента, с учетом имеющихся ведущих синдромов болезни. Указываются нозологические формы, при которых они встречаются, а затем последовательно симптомы этих болезней сопоставляются с клинической картиной у курируемого пациента, учитываются также результаты лабораторных и других параклинических методов исследования.

14. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Формулируется нозологический диагноз с указанием клинической формы и тяжести течения болезни, осложнений и сопутствующих заболеваний.

Для обоснования диагноза наряду с данными эпидемиологического анамнеза, истории болезни, объективного исследования, учитываются результаты динамического наблюдения за пациентами, лабораторных и инструментальных методов.

15. ЭПИКРИЗ

Эпикриз является краткой выпиской из истории болезни, отражающей основное содержание ее путем анализа выявленных субъективных и объективных данных у пациента, а не механического перечисления их.

Все данные эпикриза должны соответствовать показателям, констатированным при изложении разделов истории болезни.

В эпикризе должны быть отражены следующие данные:

Пациент (ка) Ф.И.О., возраст, поступил(а) в клинику (дата), на какой день болезни, с диагнозом (нозологический диагноз) и в каком состоянии. Жалобы при поступлении, краткий анамнез заболевания и особенности его течения. Клиническое и лабораторное обоснование диагноза: кратко излагаются основные проявления болезни, оценка тяжести, конкретные клинические особенности и основные лабораторные данные, подтверждающие диагноз. Назначенное лечение и его эффективность. Течение периода реконвалесценции. Исход болезни. Основание к выписке из стационара.

16. ПРОГНОЗ БОЛЕЗНИ. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

17. ЛИТЕРАТУРА

В заключение приводится список литературы, использованной при написании академической истории болезни (учебные пособия, монографии, статьи из периодической печати).

Приложение 1

Образец оформления титульного листа учебной истории болезни
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

**«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИ-
ВЕРСИТЕТ»**

Кафедра инфекционных болезней

Руководитель группы _____

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № _____

Пациент _____
/ фамилия, имя, отчество, возраст/

Клинический диагноз

Осложнения

Сопутствующие заболевания

Куратор: студент 5 курса _____ группы

Ф.И.О. студента:

Время курации:

Гомель 2019

Приложение 2

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с инфекционными и паразитарными заболеваниями»

Оказание медицинской помощи пациентам (взрослое население) с инфекционными и паразитарными заболеваниями в стационарных условиях

№ п/п	Наименование нозологических форм, заболеваний (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10))	Организации здравоохранения (районные – далее Р; областные – далее О; городские – Г; республиканские далее – Респ)	Объемы оказания медицинской помощи			Лечение
			обязательная	Кратность выполнения	дополнительная	
		3	4	5	6	7
1	Сальмонеллезный энтерит (A02.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, билирубина, АЛТ, амилазы, креатинина, мочевины. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала	2 1 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня К, Na, Cl. Исследование параметров КОС крови. ЭКГ. Контрольное бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой	1. Лечебное питание (диета П). 2. Промывание желудка (при наличии тошноты, рвоты и коротком инкубационном периоде). 3. Антибактериальная терапия. 3.1. Показания к назначению: тяжелая степень тяжести; ослабленные пациенты; пожилые пациенты; тяжелая сопутствующая патология; угроза генерализации процесса. 3.2. Антибактериальные ЛС: ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут; цефтриаксон 1 г 2 раза/сут в/м, в/в;

1	2	3	4	5	6	7
			(или мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняются трижды)		на ПКФ, для эпидзначимого контингента – двукратно. Бактериологическое исследование промывных вод желудка	азитромицин 500 мг/сут внутрь 3–7 дней. 4. Коррекция водно-солевого баланса: 4.1. При дегидратации I степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации — переход на в/в регидратацию. 4.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально); растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). 4.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной

1	2	3	4	5	6	7
						<p>организации здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час — 50 мл/кг; 2-й час — 25 мл/кг; 3-й час — 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения — увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>5. НПВС:</p> <p>кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>6. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ (дротаверин 40–80 мг внутрь 2–3 раза/сут или мебеверин 1 капс 2 раза/сут).</p>
2	Энтеропатогенная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i> (A04.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование.	1 1 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня К, Na, Cl.	<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Промывание желудка при наличии тошноты, рвоты независимо от давности заболевания.</p> <p>3. Антибактериальные ЛС не назначают.</p>

1	2	3	4	5	6	7
			<p>Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контигенту, бактериологическое исследование выполняются трижды)</p>	<p>1</p> <p>3</p>	<p>Исследование параметров КОС крови. ЭКГ. Молекулярно-биологическое исследование кала для обнаружения ДНК патогенных эшерихий.</p>	<p>4. При наличии дегидратации — коррекция водно-солевого баланса. 4.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации — переход на в/в регидратацию. 4.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). 4.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной</p>

1	2	3	4	5	6	7
						<p>организации здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час — 50 мл/кг; 2-й час — 25 мл/кг; 3-й час — 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения — увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем — продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>5. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ:</p> <p>дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут.</p> <p>6. НПВС:</p> <p>кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь</p>
3	Энтерotoксигенная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i> (A04.1)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование.	1 1 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня К, Na, Cl.	

1	2	3	4	5	6	7
			Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ (патогенам, относящимся к эпидемиологическому контигенту, бактериологическое исследование выполняются трижды)	1 3	Исследование параметров КОС крови. ЭКГ. Молекулярно-биологическое исследование кала для обнаружения ДНК патогенных эшерихий	1. Лечебное питание (диета П). 2. Промывание желудка при наличии тошноты, рвоты независимо от давности заболевания. 3. Антибактериальные ЛС не назначают. 4. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса. 4.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию. 4.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно); 2/3–1/2 объема перорально); растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема

1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									<p>дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больницы организации здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час — 50 мл/кг; 2-й час — 25 мл/кг; 3-й час — 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения — увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем — продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>5. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дрогаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут.</p> <p>6. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь</p>

1	2	3	4	5	6	7
Энтероинвазивная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i> (A04.2)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ (патогенам, относящимся к эпидемиологическому контигенту, бактериологическое исследование выполняют трижды)	1 1 1 1 3	Биохимическое исследование крови: определение уровня К, Na, Cl. Исследование параметров КОС крови. ЭКГ. Молекулярно-биологическое исследование кала для обнаружения ДНК патогенных эшерихий.	1. Лечебное питание (диета П). 2. Промывание желудка при наличии тошноты, рвоты независимо от давности заболевания. 3. Антибактериальная терапия назначается только при наличии гемоколита. 3.1. Антибактериальные ЛС выбора: фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг 2 раза/сут внутрь или 400 мг 2 раза/сут в/в, или левофлоксацин 750 мг/сут внутрь или в/в) 7 дней; цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 1–2 г 2 раза/сут в/в или цефтаксим 2 г 3–4 раза/сут) 7 дней; макролиды (азитромицин 500 мг/сут 7 дней). 3.2. Альтернативные антибактериальные ЛС: карбапенемы (имипинем/циластатин 250/250 мг 4 раза/сут в/в или меропенем 500–1000 мг 3 раза/сут в/в) 7–14 дней. 4. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса. 4.1. При дегидратации I степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации — переход на в/в регидратацию.	
4						

1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								<p>4.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально); растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь — солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации большой клинической организации здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час — 50 мл/кг; 2-й час — 25 мл/кг; 3-й час — 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения — увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем — продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота,</p>

1	2	3	4	5	6	7
						<p>диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>5. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>6. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут.</p>
5	Энтерогеморрагическая инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i> (A04.3)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Копрологическое исследование.</p> <p>Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ (патогенам, относящимся к эпидемиологическому контингенту, бактериологическое исследование выполняются трижды)</p>	2 1 1 1 3	<p>Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, К, Na, Cl.</p> <p>Исследование параметров КОС крови.</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование кала для обнаружения ДНК патогенных эшерихий</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Антибактериальная терапия. При легкой и средней степени тяжести заболевания антибактериальные ЛС не назначают.</p> <p>2.1. При тяжелой степени заболевания ЛС выбора: рифаксимин 200 мг внутрь 3 раза/сут 3 дня;</p> <p>2.2. Альтернативные ЛС: карбапенемы (эртапенем в/в 1 г 1 раз/сут, или имипинем/циластатин 250/250 мг 4 раза/сут, или меропенем 500 мг 3 раза/сут) 3–5 дней.</p> <p>3. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса.</p> <p>3.1. При дегидратации I степени.</p> <p>Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно</p>

1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								<p>на каждый акт дефекации).</p> <p>При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастающей дегидратации — переход на в/в регидратацию.</p> <p>3.2. При дегидратации 2 степени.</p> <p>Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально); растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь — солевой раствор для пероральной регидратации.</p> <p>При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>3.3. При дегидратации 3 степени.</p> <p>Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больницы с организацией здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час — 50 мл/кг; 2-й час — 25 мл/кг; 3-й час — 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения — увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную</p>

1	2	3	4	5	6	7
Энтерит, вызванный <i>Samruylobacter jejuni</i> (A04.5)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ (патогенам, относящимся к эпидемиологическому контигенту, бактериологическое исследование выполняются трижды)	2 1 1 1 1 3	Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, К, Na, Cl. Исследование параметров КОС крови. ЭКГ. Молекулярно-биологическое исследование кала для обнаружения ДНК патогенных кампилобактерий	регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации). Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). 4. В случае развития гемолитико-уремического синдрома с острой почечной недостаточностью – перевод пациента в отделение анестезиологии и реанимации, консультация врача-нефролога для определения дальнейшей тактики лечения	1. Лечебное питание (диета П). 2. Антибактериальные ЛС назначают при кровавой диарее, тяжелой степени заболевания или диарее, длящейся более 1 недели. 2.1. ЛС выбора: макролиды (эритромицин 250 мг 4 раза/сут внутрь или азитромицин 500 мг/сут, или кларитромицин 250 мг 2 раза/сут) 5–7 дней. 2.2. Альтернативные ЛС: доксикалин 100 мг 2 раза/сут внутрь или фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или левофлоксацин 750 мг/сут внутрь или в/в) 5–7 дней. 3. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса. 3.1. При дегидратации I степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости
6						

1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									<p>(перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию.</p> <p>3.2. При дегидратации 2 степени.</p> <p>Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально); растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации.</p> <p>При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>3.3. При дегидратации 3 степени.</p> <p>Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больницы для организации здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час — 50 мл/кг; 2-й час — 25 мл/кг; 3-й час — 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения — увеличение скорости инфузии.</p>

1	2	3	4	5	6	7
						<p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>5. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дрогаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут.</p>
Энтерит, вызванный <i>Yersinia enterocolitica</i> (A04.6)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (патисентам, относящимся к эпидемиологическому контигенту, бактериологическое исследование выполняют трижды). Бактериологическое исследование кала	2 1 1 1 3	Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, билирубина, АЛТ, АСТ, К, Na, Cl. Исследование параметров КОС крови. ЭКГ. Молекулярно-биологическое	1. Лечебное питание (диета П). 2. Антибактериальная терапия 7–10 дней: доксицилин 100 мг внутрь 2 раза в первые сутки, 1 раз/сут в последующие дни или фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или левофлоксацин 750 мг/сут внутрь, или в/в), или цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 2 г/сут в/м или в/в, или цефотаксим 1 г 3–4 раза/сут). 3. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса. 3.1. При дегидратации I степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут.	

7

1							
2							
3							
4	(или мазка из прямой кишки) и мочи на иерсинии (<i>Yersinia spp.</i>) на 1-й неделе болезни. Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к иерсинии энтероколитика (<i>Yersinia enterocolitica</i>) в крови						
5	1-2						
6	исследование кала для обнаружения ДНК возбудителя. Бактериологическое исследование смывов из зева на иерсинии (<i>Yersinia enterocolitica</i>) в первые 3 дня болезни						
7	Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию. 3.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально); растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). 3.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больницы организации здравоохранения. Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час — 50 мл/кг; 2-й час — 25 мл/кг; 3-й час — 25 мл/кг. Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения —						

1	2	3	4	5	6	7
						<p>увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем — продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4. НПВС:</p> <p>кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>5. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут</p>
	Псевдотуберкулез (A28.2)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Копрологическое исследование.</p> <p>Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидемиологическому контагенту, бактериологическое исследование выполняются трижды).</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>3</p>	<p>Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, билирубина, АЛТ, АСТ, К, Na, Cl.</p> <p>Исследование параметров КОС крови. ЭКГ.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование кала для обнаружение</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Антибактериальная терапия 7–10 дней: доксицилин 100 мг внутрь 2 раза в первые сутки, 1 раз/сут в последующие дни или фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или левофлоксацин 750 мг/сут внутрь, или в/в), или цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 2 г/сут в/м или в/в, или цефотаксим 1 г 3–4 раза/сут).</p> <p>3. При наличии дегидратации — коррекция водно-солевого баланса.</p> <p>3.1. При дегидратации I степени.</p> <p>Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл</p>
8						

1	2	3	4	5	6	7
			<p>Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) и мочи на иерсинии (<i>Yersinia spp.</i>) на 1-й неделе болезни. Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к иерсинии энтероколитика (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>) в крови</p>	1 1-2	<p>исследование кала для обнаружения ДНК возбудителя. Бактериологическое исследование смывов из зева на иерсинии (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>) в первые 3 дня болезни. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Бактериологическое исследование спинномозговой жидкости на иерсинии (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>)</p>	<p>каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию. 3.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально); растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). 3.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больницы организацией здравоохранения. Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час — 50 мл/кг; 2-й час — 25 мл/кг; 3-й час — 25 мл/кг.</p>

1	2	3	4	5	6	7
	<p>Энтероколит, вызванный <i>Clostridium difficile</i> (A04.7)</p>	<p>Р; Г; О</p>	<p>Общий (клинический) анализ развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (патисентам, относящимся к эпидемическому контигенту, бактериологическое исследование выполняются трижды). Исследование кала на наличие токсоина клостридии диффициле (<i>Clostridium difficile</i>)</p>	<p>2 1 1 1 3 1</p>	<p>Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, билирубина, СРБ, АЛТ, АСТ, К, Na, Cl. Исследование параметров КОС крови. Исследование показателей гемостаза. ЭКГ. Толстокишечная эндоскопия. Консультация врача-хирурга</p>	<p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения — увеличение скорости инфузии. В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации)</p>
9						<p>1. Лечебное питание (диета П). 2. Антибактериальная терапия: метронидазол 250 мг 4 раза/сут или 500 мг 3 раза/сут внутрь или ванкомицин 250 мг 4 раза/сут внутрь (при тяжелой степени заболевания, переносимости метронидазола, лихорадке с лейкоцитозом более $15 \times 10^9/l$, продолжающейся сменной антибактериальной терапии) 10–14 дней. 3. При наличии дегидратации — коррекция водно-солевого баланса. 3.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации — переход на в/в регидратацию.</p>

1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							<p>3.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь — солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>3.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больницы с организацией здравоохранения. Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час — 50 мл/кг; 2-й час — 25 мл/кг; 3-й час — 25 мл/кг. Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения — увеличение скорости инфузии. В последующем — продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации). Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема</p>

1	2	3	4	5	6	7
	Стафилококковое пищевое отравление (A05.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (патисентам, относящимся к эпидзначимому контигенту, бактериологическое исследование выполняются трижды). Бактериологическое исследование рвотных масс или промывных вод желудка на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	1 1 1 1 3	Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, К, Na, Cl. ЭКГ	дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). 4. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 5. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь, в/м или мебеверин 1 капс 2 раза/сут. 6. По медицинским показаниям – отмена антибактериальной терапии, предшествующей заболеванию
10						1. Лечебное питание (диета П). 2. Промывание желудка. 3. При наличии дегидратации — коррекция водно-солевого баланса. 3.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации — переход на в/в регидратацию. 3.2. При дегидратации 2 степени. Начают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема пе-

1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							<p>порально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь — солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>3.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больницы с организацией здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час — 50 мл/кг; 2-й час — 25 мл/кг; 3-й час — 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p>

1	2	3	4	5	6	7
1	Пищевое отравление, вызванное Clostridium perfringens (Clostridium welchii) (A05.2). Пищевое отравление, вызванное Vibrio parahaemolyticus (A05.3). Пищевое отравление, вызванное Bacillus cereus (A05.4)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (патогенам, относящимся к эпидемиологическому контигенту, бактериологическое исследование выполняются трижды). Бактериологическое исследование рвотных масс или промывных вод желудка на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	1 1 1 1 3 1	Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, К, Na, Cl. ЭКГ. Бактериологическое исследование пищевых продуктов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	4. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 5. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь, в/м или мебеверин 1 капс 2 раза/сут
11						1. Лечебное питание (диета П). 2. Промывание желудка при наличии тошноты, рвоты и коротком инкубационном периоде. 3. Антибактериальная терапия. 3.1. Показания к назначению: тяжелая степень тяжести; ослабленные пациенты; пожилые пациенты; тяжелая сопутствующая патология; угроза генерализации процесса. 3.2. Антибактериальные ЛС 3–7 дней: ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут; цефтриаксон 1 г 2 раза/сут в/м, в/в; азитромицин 500 мг/сут внутрь 3–7 дней. 4. При наличии дегидратации — коррекция водно-солевого баланса. 4.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно

1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								<p>на каждый акт дефекации).</p> <p>При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастающей дегидратации — переход на в/в регидратацию.</p> <p>4.2. При дегидратации 2 степени.</p> <p>Начинают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально); растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь — солевой раствор для пероральной регидратации.</p> <p>При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4.3. При дегидратации 3 степени.</p> <p>Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации большой клинической организации здравоохранения.</p> <p>Регидратацию растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час — 50 мл/кг; 2-й час — 25 мл/кг; 3-й час — 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения — увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем — продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регид-</p>

1	2	3	4	5	6	7
	Вирусные диареи (A08.0–A08.4)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ развернутой. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидемиологическому контигенту, бактериологическое исследование выполняются трижды).	1 1 1 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня мочевины, креатинина, К, Na, Cl. Исследование параметров КОС крови. ЭКГ. Определение антигенов ротавируса, аденовируса, астровируса, энтеровирусов в кале	<p>рацию (солевой раствор для пероральной регидратации). Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>5. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>6. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь, в/м или мебеверин 1 капс 2 раза/сут</p> <p>1. Лечебное питание (диета П). 2. Коррекция водно-солевого баланса: 2.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации — переход на в/в регидратацию. 2.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно, 2/3–1/2 объема пе-</p>
12						

1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							<p>порально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь — солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>2.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больницы с организацией здравоохранения.</p> <p>Регидратацию растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час — 50 мл/кг; 2-й час — 25 мл/кг; 3-й час — 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения — увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т. д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации)</p>

1	2	3	4	5	6	7
13	Лептоспироз (A27). Лептоспироз желтушно-геморрагический (A27.0). Другие формы лептоспироза (A27.8). Лептоспироз неуточненный (A27.9)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня креатинина, мочевины, билирубина, креатинкиназы, АЛТ, АСТ, электролитов (K, Na, Cl). Исследование показателей гемостаза. Определение антител к лептоспире (<i>Leptospira</i> spp.) в крови. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости (при развитии менингита). УЗИ органов брюшной полости, почек (комплексное). Рентгенография (обзорная) грудной полости	2 2 2 1 1-2 1 1 1	ЭКГ. Молекулярно-биологическое исследование крови на ДНК возбудителя. Консультация врача-нефролога, врача-невролога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия: 2.1. ЛС выбора: бензилпенициллин 1,5–2 млн ЕД в/в 4 раза/сут 7 дней (при менингите — до 24 млн ЕД/сут) или цефтриаксон 2 г в/в 1 раз/сут 7 дней. 2.2. Альтернативные ЛС: доксицилин 100 мг в/в 2 раза/сут 7 дней. 3. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, септического шока, острой печеночной и (или) почечной недостаточности
14	Менингококковый менингит (A39.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ развернутый. Общий анализ мочи. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Микроскопическое исследование спинно-	2 2 2 1 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, общего белка, альбумина, билирубина, мочевины, креатинина,	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия: 2.1. ЛС выбора: цефтриаксон 2000 мг в/в 2 раза/сут или цефотаксим 2000 мг в/в 6 раза/сут. 2.2. Альтернативные ЛС: бензилпенициллин 200 000–300 000 ЕД/кг/сут в/в (разделить на 6 введений) 7–10 дней или меропенем по 2000 мг в/в 3 раза/сут 7–10 дней.

1	2	3	4	5	6	7
			<p>мозговой жидкости на менингококк (<i>Neisseria meningitidis</i>). Бактериологическое исследование спинномозговой жидкости на менингококк (<i>Neisseria meningitidis</i>). Бактериологическое исследование крови на стерильность. Бактериологическое исследование слизи с задней стенки глотки на менингококк (<i>Neisseria meningitidis</i>). Рентгенография (обзорная) грудной полости. Рентгенография околоносовых пазух</p>	<p>1 3 3 1 1</p>	<p>АЛТ, АСТ, СРБ. Исследование показателей гемостаза. Исследование параметров КОС крови. ЭКГ. Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на ДНК возбудителя. Исследование бета-лактамазной активности сыворотки крови при назначении бета-лактамов антибиотиков. КТ головного мозга или МРТ головы. Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога</p>	<p>3. Кортикостероиды: дексаметазон 0,15 мг/кг в/в 4 раза/сут 4 дня. 4. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 5. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сорбитол или маннитол 0,25–2,0 г/кг массы тела в зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30–60 минут; фуросемид 40–120 мг в/в струйно. 6. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в или в/м</p>

1	2	3	4	5	6	7
Рожжа (А46)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ развернутой. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы	2 2 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, антистрептолизина О. ЭКГ. Исследование бета-лактамазной активности сыворотки крови при назначении бета-лактамов антибиотиков. Консультация врача-хирурга	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия. 2.1. ЛС выбора: бензилпенициллин 1 000 000 ЕД в/м 4–6 раз/сут 10 дней. 2.2. Альтернативные ЛС (10 дней): цефазолин 1 г в/м 3 раза/сут или цефотаксим 1 г 3 раза/сут, или цефтриаксон 1 г 2 раза/сут. 2.3. При непереносимости пенициллинов назначают макролиды (кларитромицин 500 мг 2 раза/сут в/м или в/в; азитромицин 500 мг внутрь однократно, затем 250 мг 1 раз/сут 4 дня; клиндамицин 600–900 мг 3 раза/сут в/м или в/в) 10 дней	
15						
Болезнь Лайма. Мигрирующая эритема, вызванная <i>Borrelia burgdorferi</i> (A69.2)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ развернутой. Общий анализ мочи. ЭКГ. Определение антител к боррелии Бургдорфера (<i>Borrelia burgdorferi</i>) в крови	1 1 1 2	Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, СРБ. Консультация врача-невролога, дерматовенеролога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия. 2.1. ЛС выбора: доксицилин 100 мг внутрь 2 раза/сут 14–21 день; 2.2. Альтернативные ЛС: полусинтетические пенициллины (амоксциллин 500 мг внутрь 3 раза/сут 14–21 день) или цефалоспорины (цефуроксим 500 мг внутрь 2 раза/сут 14–21 день), или макролиды (азитромицин 500 мг/сут внутрь 7–10 дней). Макролиды использовать только при полной невозможности применения ЛС, указанных выше	
16						

1	2	3	4	5	6	7
Энтеровирусный менингит (A87.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ развернутой. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, СРБ, электролитов (K, Na, Cl). Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Определение антител к энтеровирусам (Enterovirus) в крови. ЭЖГ Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	2 1 2 2 1-2 1 1	МРТ головы (при невозможности выполнения — КТ головного мозга). Молекулярно-биологическое исследование кала на энтеровирусы. Молекулярно-биологическое исследование крови на энтеровирусы. Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на энтеровирусы. Консультация врача-оториноларинголога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 %, 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран. 3. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сорбитол или маннитол 0,25–2,0 г/кг массы тела в зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30–60 минут, фуросемид 40–120 мг в/в струйно. 4. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в или в/м. 5. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь	
17						
Аденовирусный менингит (A87.1)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ развернутой. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, СРБ, электролитов (K, Na, Cl).	2 1 1	МРТ головы (при невозможности выполнения — КТ головного мозга). Обнаружение аденовируса (Adenovirus) в слизи из носоглотки	1. Лечебное питание (диета М). 2. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 %, 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран. 3. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сорбитол или маннитол 0,25–2,0 г/кг массы тела в	
18						

1	2	3	4	5	6	7
			Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к аденовирусу (Adenovirus) в крови. ЭКГ Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	2 1-2 1 1	глотки методом ИХА. Обнаружение аденовируса (Adenovirus) в отделяемом из конъюнктивы методом ИХА. Консультация врача-оториноларинголога	зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30–60 минут; фуросемид 40–120 мг в/в струйно. 4. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в или в/м. 5. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь
Герпетический менингит (B00.3)		Р; Г; О	Общий (клинический) анализ развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, СРБ, электролитов (K, Na, Cl). Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на вирусы простого герпеса 1, 2 (Herpes simplex virus). ЭКГ Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	2 1 1 2 1-2 1 1	МРТ головы (при невозможности выполнения — КТ головного мозга). Исследование спинномозговой жидкости на наличие антигена вируса простого герпеса (ВПГ). Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ.	1. Лечебное питание (диета М). 2. Противовирусная терапия: валцикловир 1000 мг внутрь 3 раза/сут или ацикловир 10 мг/кг в/в капельно 3 раза/сут 10–14 дней. 3. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 %, 10 % раствор глюкозы, 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран. 4. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сормантол или маннитол 0,25–2,0 г/кг массы тела в зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30–60 минут; фуросемид 40–120 мг в/в струйно. 5. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в или в/м. 6. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь

1	2	3	4	5	6	7
20	Опоясывающий лишай (herpes zoster) (B02)	P; Г; О	Общий (клинический) анализ развернутой. Общий анализ мочи. ЭКГ Комплекс исследований на ВИЧ	2 1 1 1	Молекулярно-биологическое исследование везикулярной жидкости, соскобов с высыпаний на вирус Varicella zoster virus. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к Varicella zoster virus в крови	1. Лечебное питание (диета М). 2. Противовирусная терапия (7 дней): ацикловир 800 мг внутрь 5 раз/сут или валацикловир 1 г внутрь 3 раз/сут. 3. Местное лечение: 1 % раствор бриллиантового зеленого (обрабатывать поврежденные участки кожи 2 раза/сут)
21	Острый гепатит А (B15)	P; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутой. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина общего, билирубина связанного, АЛТ. Исследование показателей гемостаза. Определение антител классов М, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови	1 1 2 1-2 1-2	Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, аммиака, АСТ, ЩФ, ГГТП, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl). УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови. Определение антигена к вирусу гепатита В (HbeAg Hepatitis	1. Лечебное питание (диета П). 2. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; раствор Рингера. 3. Гепатопротекторы. 3.1. При наличии синдрома холестаза: урсо-дезоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь 2–3 раза/сут или адеметионин 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м 2 нед, затем 10–25 мг/кг/сут внутрь. 3.2. При затяжном течении заболевания и (или) наличии жирового гепатоза: эссенциальные фосфолипиды по 1–2 капсулы внутрь 3 раза/сут; силимарин 35 мг внутрь 3 раза/сут. 4. При тяжелом течении с развитием печеночной комы — консультация врача-трансплантолога

1							
2							
3							
4							
5							
6	<p>В virus) в крови. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbeAg Hepatitis В virus) в крови. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbcAg Hepatitis В virus) в крови. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbcAg Hepatitis В virus) в крови.</p>						
7							

1	2	3	4	5	6	7
	Острый гепатит В без дельта-агента и без печеночной комы (В16.9)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина общего, билирубина связанного, АЛТ. Исследование показателей гемостаза. Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови. Определение антигена к вирусу гепатита В (HbeAg Hepatitis B virus) в крови. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbeAg Hepatitis B virus) в крови. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbcAg Hepatitis B virus) в крови. Определение антител классов М, G (IgM,	1 1 2 1-2 1 1 1-2 1 1 1 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, амиллазы, АСТ, ЩФ, ГГТП, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl). УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Определение антител классов М, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови. Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит С (Hepatitis C virus).	1. Лечебное питание (диета П). 2. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; раствор Рингера. 3. Гепатопротекторы. 3.1. При наличии синдрома холестаза: урсо-дезоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь 2–3 раза/сут или адеметионин 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м 2 нед, затем 10–25 мг/кг/сут внутрь. 3.2. При затяжном течении заболевания и (или) наличии жирового гепатоза: эссенциальные фосфолипиды по 1–2 капсулы внутрь 3 раза/сут; силлимарин 35 мг внутрь 3 раза/сут. 4. Противовирусное лечение (при фульминантном, тяжелом или затяжном течении острого гепатита В) назначают в стационарных условиях с последующим длительным приемом амбулаторно: аналоги нуклеоз(т)идов (ламивудин 100 мг/сут внутрь или тенофовир 300 мг внутрь 1 раз/сут). 5. При тяжелом течении с развитием печеночной комы — консультация врача-трансплантолога

1	2	3	4	5	6	7
			IgG) к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в крови. Комплекс исследования на ВИЧ	1	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит В (Hepatitis B virus). Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит D (Hepatitis D virus). Консультация врача-трансплантолога	
	Острый гепатит В с дельта-антигеном без печеночной комы (коинфекция) (B16.1)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина общего, билирубина связанного, АЛТ. Исследование показателей гемостаза. Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови. Определение антигена	1 1 2 1-2 1 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, амиллазы, АСТ, ЩФ, ГГТП, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl). УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Определение антител классов М, G	1. Лечебное питание (диета П). 2. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; раствор Рингера 3. Гепатопротекторы. 3.1. При наличии синдрома холестаза: урсолезоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь 2–3 раза/сут или адemetионин 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м 2 нед, затем 10–25 мг/кг/сут внутрь. 3.2. При затяжном течении заболевания и (или) наличии жирового гепатоза: эссенциальные фосфолипиды по 1–2 капсулы внутрь 3 раза/сут; силимарин 35 мг внутрь 3 раза/сут.

1	2	3	4	5	6	7
			<p>к вирусу гепатита В (HbeAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbeAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbcAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbcAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Комплекс исследование при подозрении на ВИЧ</p>	1-2	<p>(IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит С (Hepatitis C virus). Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит В (Hepatitis B virus).</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит В (Hepatitis B virus).</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит D (Hepatitis D virus).</p> <p>Консультация врача-трансплантолога</p>	<p>4. Противовирусное лечение (при фульминантном, тяжелом или затяжном течении острого гепатита В) назначают в стационарных условиях с последующим длительным приемом амбулаторно: аналоги нуклеоз(т)идов (ламивудин 100 мг/сут внутрь или тенофовир 300 мг внутрь 1 раз/сут).</p> <p>5. При тяжелом течении с развитием печеночной комы — консультация врача-трансплантолога</p>

1	2	3	4	5	6	7
1	Острый гепатит С (В17.1)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина общего, билирубина связанного, АЛТ. Исследование показателей гемостаза. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови. Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ	1 1 2 1-2 1-2 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, амиллазы, АСТ, ЩФ, ГГТП, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl). УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Определение антител классов М, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови. Определение антитела к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis В virus) в крови. Определение антитела к вирусу гепатита В (HbeAg Hepatitis В virus) в крови. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В	1. Лечебное питание (диета П). 2. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут); 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; раствор Рингера. 3. Гепатопротекторы. 3.1. При наличии синдрома холестаза: урсодиоуксиколовая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь 2–3 раза/сут или адеметионин 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м 2 нед, затем 10–25 мг/кг/сут внутрь. 3.2. При затяжном течении заболевания и (или) наличии жирового гепатоза: эссенциальные фосфолипиды по 1–2 капсулы внутрь 3 раза/сут; силимарин 35 мг внутрь 3 раза/сут. 4. При затяжном течении (определяемой РНК вируса гепатита С в крови через 12 недель после дебюта) заболевания назначают противовирусное лечение с последующим приемом амбулаторно: соfosбувир/ледипасвир 400/90 мг внутрь 1 раз/сут (генотип 1) или омбитаcвир/паритапревир/ритонавир 12,5/75/50 мг (2 таб утром) в сочетании с дасабувиром 250 мг внутрь по 1 таб 2 раза/сут (утром и вечером) (генотип 1b), или соfosбувир/велпатасвир 400/100 мг внутрь 1 таб 1 раз/сут (все генотипы) – длительно – 8 недель; соfosбувир 400 мг в сочетании с даклатасвиром 60 мг внутрь по 1 таб 1 раз/сут одновременно в один прием (все генотипы) – длительностью 12 недель 5. При тяжелом течении с развитием печеночной комы — консультация врача-трансплантолога

1							
2							
3							
4							
5							
6							<p>(HbcAg Hepatitis B virus) в крови. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbcAg Hepatitis B virus) в крови. Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит С (Hepatitis C virus). Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит В (Hepatitis B virus). Молекулярно-биологическое исследование крови на генотип вируса гепатита С. Консультация врача-трансплантолога</p>
7							

1	2	3	4	5	6	7
25	Эпидемический паролит (B26). Паротитный орхит (B26.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Определение альфа-амилазы в моче. Консультация врача-стоматолога	1 1 1 1	ЭКГ. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, амилазы	1. Лечебное питание (диета М). 2. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 3. Полоскание полости рта 2 % раствором натрия гидрокарбоната. 4. Местно — сухое тепло
26	Цитомегаловирусный мононуклеоз (B27.1)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, амилазы, АСТ. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови. Комплекс исследований на ВИЧ. УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	2 1 2 1–2 1 1	Молекулярно-биологическое исследование крови цитомегаловирус (Cytomegalovirus). Консультация врача-онколога, врача-гематолога	1. Лечебное питание (диета М). 2. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 3. Антигистаминные ЛС (3–5 дней): лоратадин 10 мг внутрь 1 раз/сут или клемастин 1 мг внутрь 2 раза/сут, или ропирамин 25 мг внутрь 2 раза/сут, или дифенгидрамин 50 мг внутрь 2 раза/сут. 4. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран
27	Инфекционный мононуклеоз (B27)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ.	2 1 2	Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, АСТ, мочевины, креатинина.	1. Лечебное питание (диета М). 2. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 3. Антигистаминные ЛС (3–5 дней): лоратадин 10 мг внутрь 1 раз/сут или клемастин 1 мг внутрь 2 раза/сут, или

1	2	3	4	5	6	7
			<p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна – Барра (Epstein – Barr virus) в крови.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ</p>	<p>1–2</p> <p>1</p>	<p>ЩФ, ГТТП.</p> <p>Определение антител к капсидному антигену вируса Эпштейна – Барра VCA (IgM) (диагностика острой инфекции) в крови.</p> <p>Определение антител к ранним белкам вируса Эпштейна – Барра EA (IgG) (диагностика острой инфекции) в крови.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус Эпштейна – Барра (Epstein – Barr virus), УЗИ органов брюшной полости (комплексное)</p>	<p>хлоропирамин 25 мг внутрь 2 раза/сут, или дифенгидрамин 50 мг внутрь 2 раза/сут.</p> <p>4. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран.</p> <p>5. Гепатопротекторы.</p> <p>При поражении печени: урсодезоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь</p> <p>2–3 раза/сут или адеметионин 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м 2 нед, затем 10–25 мг/кг/сут внутрь</p>
	Токсоплазмоз (B58)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови::</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>МРТ головного мозга с контрастированием или КТ головы с контрастированием.</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Этиотропное лечение (назначают только иммунокомпетентным пациентам, продолжительность лечения 4 недели, при замедленной динамике до 6 недель): сульфаметоксазол/триметоприм 10 мг/кг по</p>
28						

1	2	3	4	5	6	7
			определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, мочевины, креатинина. Определение антител к токсоплазме (<i>Toxoplasma gondii</i>) в крови. Комплекс исследований на ИППП при подозрении на инфицирование ВИЧ. ЭКГ. Рентгенография (обзорная) грудной полости. УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	1-2 1 2 1 1	Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на токсоплазмы (<i>Toxoplasma gondii</i>). Молекулярно-биологическое исследование крови на токсоплазмы (<i>Toxoplasma gondii</i>). Консультация врача-невролога, офтальмолога	триметоприму, в 2-3 приема внутрь или в 2-3 введения в/в. 3. При остром токсоплазмозе, возникшем во время беременности, для профилактики инфицирования плода назначают: спирамицин 3 млн МЕ внутрь 3 раза/сут до родов (чередовать две недели приема с двумя неделями перерыва)
	Описторхоз. Инвазия, вызванная: <i>Opisthorchis (felineus)</i> , <i>(viverrini)</i> (B66.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, общего белка, альбуминов, мочевины, креатинина, ЩФ, амилазы.	2 1 3	Определение антител к возбудителю описторхоза (<i>Opisthorchis felineus</i>) в крови. Холангиография. Микроскопическое исследование желчи на наличие или содержание 12-перстной кишки на яйца	1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотопное лечение: 2.1. ЛС выбора Празиквантел 2 75 мг/кг/сут внутрь однократно, разделив дозу на 3 приема в течение 2 дней 2.2. альтернативные ЛС: албендазол 10 мг/кг/сут внутрь 1 раз/сут в течение 7 суток

29

1	2	3	4	5	6	7
			Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов. УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	3	гельминтов. Консультация врача-онколога	
30	Трихинеллез (B75)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АСТ, АЛТ, креатининфосфатакиназы (далее — КФК), ЛДГ, общего белка, альбумина, глюкоза. ЭКГ. Рентгенография органов грудной клетки	3 1 2 2 1	Определение антител к трихинеллам (Trichinella spp.) в крови. Эхокардиография. Исследование показателей гемостаза. Консультация врача-невролога, врача-кардиолога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение: албендазол 400 мг внутрь 2 раза/сут 8–14 дней или mebендазол 200–400 мг внутрь 3 раза/сут 3 дня, далее по 500 мг внутрь 3 раза/сут 10 дней. 3. Кортикостероиды: преднизолон 40–60 мг/сут внутрь с быстрым снижением дозы в течение 10–12 дней до полной отмены
31	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован (J10.1)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Рентгенография (обзорная) грудной полости. ЭКГ. Исследование носоглоточных смывов на антиген вируса гриппа. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гриппа (Influenzae virus) в крови	2 1 1 1 1 2	Пульсоксиметрия. Определенные параметры КОС. Исследование показателей гемостаза. Рентгенография околоносовых пазух. Биохимическое исследование крови с определением уровня электролитов (К, Na, Cl), глюкозы, билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, СРБ.	

Учебное издание

Красавцев Евгений Львович
Свентицкая Анна Леонидовна

**СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
ПАЦИЕНТА С ИНФЕКЦИОННОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 4 и 5 курсов
лечебного факультета и факультета иностранных студентов
учреждений высшего медицинского образования**

Редактор **Т. М. Кожемякина**
Компьютерная верстка **Ж. И. Цырыкова**

Подписано в печать 15.10.2019.
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура «Гаймс».
Усл. печ. л. 3,02. Уч.-изд. л. 3,30. Тираж 80 экз. Заказ № 446.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель