

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

Кафедра инфекционных болезней

Е. Л. КРАСАВЦЕВ

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОГО С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Учебно-методическое пособие
для студентов медицинских вузов 4, 5 курсов лечебного факультета
и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»

Гомель
ГомГМУ
2011

УДК 616.9 (084.2)

ББК 54.901.1

К 78

Рецензент:

доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней № 2
с курсом эндокринологии Гомельского государственного
медицинского университета *Э. Н. Платошкин*

Красавцев, Е. Л.

К 78 Схема истории болезни больного с инфекционной патологией: учеб.-метод. пособие для студентов медицинских вузов 4, 5 курсов лечебного факультета и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран, обучающихся по специальности «Лечебное дело» / Е. Л. Красавцев. — Гомель: учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2011. — 40 с.

ISBN 978-985-506-34-6

В учебно-методическом пособии представлена схема по подготовке и написанию учебной истории болезни по инфекционным болезням, протоколы обследования и лечения инфекционных заболеваний.

Написано в соответствии с программой по инфекционным болезням и предназначено для студентов медицинских вузов 4, 5 курсов лечебного факультета и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран, обучающихся по специальности «Лечебное дело».

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 28 февраля 2011, протокол № 2.

УДК 616.9 (084.2)

ББК 54.901.1

ISBN 978-985-506-34-6

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2011

ВВЕДЕНИЕ

Студенты получают навыки клинического обследования и ведения истории болезни на кафедре пропедевтики внутренних болезней. Однако опрос и курация инфекционного больного 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 больного, 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 больного.

СХЕМА УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОГО 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 больного.
9. Результаты лабораторных и других вспомогательных методов исследования.
10. План лечения больного.
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.

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

В этот раздел заносятся жалобы, относящиеся к синдрому интоксикации, дегидратации, желтухи, к патологии одной или нескольких систем (органов пищеварения, нервной, дыхательной и др.) и к аллергическим жалобам. Также отмечаются жалобы больного в 1-й 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 охарактеризовать 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 больных). 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).

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 больными (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 больного: производственные вредности (парикмахер, продавец, животновод, работа в кожевенной промышленности, работа в зверохозяйствах, контакт с ядохимикатами).

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

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

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное.

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

Температура тела, ознобы.

Внешний вид больного: 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 зева, 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, дикротия.

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, френкикус-симптом.

Пальпация поджелудочной железы.

Селезенка: перкуссия: определение поперечного и продольного размеров.

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

Система органов мочевого выделения

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, сопор, 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 1-й 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 больного.

8. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Куратор должен назначить исследования, которые могут подтвердить предполагаемый диагноз, исключить сходные болезни. Составляется необходимый для данного больного 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.¹

¹ Протоколы обследования и лечения больных в стационарных лечебно-профилактических учреждениях прилагаются.

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 БОЛЬНОГО

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 больного.

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 больного, 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 больного, 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 больным, 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 больного, а не механического перечисления их.

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

В эпикризе должны быть отражены следующие данные:

Больной(ая) 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).

_____ (Подпись куратора)

Приложение 1

Образец оформления титульного листа учебной истории болезни

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Кафедра инфекционных болезней

Руководитель группы _____

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № _____

Больной _____
(фамилия, имя, отчество, возраст)

Клинический диагноз

Осложнения

Сопутствующие

Куратор студент 5 курса _____ группы

Ф.И.О студента

Время курации

**Гомель
ГомГМУ
2011**

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ

диагностики и лечения

взрослого населения с

инфекционными и паразитарными

болезнями

Таблица 1 — Диагностика и лечение при оказании стационарной медицинской помощи

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Уровень оказания медицинской помощи	Объемы оказания медицинской помощи					Исход заболевания
		диагностика		лечение		средняя длительность	
		обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое		
1	2	3	4	5	6	7	8
Трихинеллез Инвазия, вызванная Trichinella spiralis Трихиноз (B75)	Инфекционные отделения, инфекционные больницы РУ ОУ	Общий анализ крови. Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: билирубин, АсАТ, АлАТ, креатинин-фосфаткиназа (далее — КФК), лактата-дегидрокиназа (далее — ЛДГ ₁₋₂), общий белок и его фракции ЭКГ R-графия органов грудной клетки	3 1 2	ИФА с трихинеллезным антигеном (с конца 2-й недели). Исследование мышечного биоптата (на 3-й неделе заболевания). ЭХО-кардиоскопия. Коагулограмма: Ли-Уайт, АЧТВ, ПТВ, фибриноген, спонтанный фибринолиз. Консультация врачей: невролога, кардиолога	Мебендазол —200–400 мг внутрь 3 раза/сут в течение 3 дней, затем по 500 мг внутрь 3 раза/сут в течение 10 дней или. Альбендазол 400 мг внутрь 1 раз/сут в течение 3 дней, затем — 400 мг внутрь 2 раза/сут 8–15 дней. Глюкокортикостероиды — по показаниям (тяжелое течение, осложненный трихинеллез): преднизолон 40–60 мг/сут внутрь в течение 10–12 дней, дозу постепенно снижают	15–20 дней	Восстановление здоровья. Выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса или функции. Выздоровление с частичным нарушением физиологического процесса или функции. Выздоровление с полным нарушением физиологического процесса или функции. Отсутствие эффекта.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Аскаридоз с кишечными осложнениями (B77.0)	Инфекционные отделения, инфекционные больницы РУ ОУ	Общий анализ крови Общий анализ мочи Кoproоcкoпия Обзорная Р-графия органов брюшной полости Консультация врача-хирурга Биохимическое исследование крови: билирубин, АЛАТ, щелочная фосфатаза Обзорная Р-графия органов брюшной полости Р-графия органов грудной клетки УЗИ органов брюшной полости	1 1 2 1 1 1 1 1 1	КТ органов брюшной полости	Альбендазол — 400 мг внутрь однократно или Мебендазол — 100 мг внутрь 2 раза/сут в течение 3 дней, или Пирантел — 11 мг/кг внутрь (максимальная доза 1 г) 1 раз/сут однократно	7–14 дней	Отсутствие эффекта Восстановление здоровья Выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса или функции
Рожа (A46)	РУ ОУ	Общий анализ крови Общий анализ мочи Глюкоза крови	2 2 1	Биохимическое исследование крови: билирубин, АЛАТ, тимоловая проба, щелочная фосфатаза, глюкоза, общий белок, протеинограмма ЭКГ Консультация врача-хирурга	Бензилпенициллин — 1 млн ЕД в/м 4–6 раза/сут — 5–7 дней ФТ (по показаниям): УВЧ-терапия местно № 7, УФО местно № 5	7 дней	Восстановление здоровья

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Болезнь Лайма Хроническая мигрирующая эритема, вызванная <i>Borrelia burgdorferi</i> (A69.2)	РУ ОУ	Общий анализ крови Общий анализ мочи ЭКГ Исследование парных сывороток методом реакции непрямой иммунофлуоресценции (далее-РНИФ)	1 1 1 1	ИФА на антиген <i>Borrelia</i> Биохимическое исследование крови: билирубин, АЛАТ, СРБ. Консультация врачей: терапевта, невролога, дерматовенеролога	Доксициклин — 0,1 г 2 раза/сут внутрь — 14–21 дней или азитромицин (только на ОУ) — 0,5–1 г в пер- вые сут, затем по 0,5 г в течение 4 дней внутрь или цефотак- сим 2 г в/м 3 раза/ сут — 14–21 дней или цефтриаксон 2 г — 2 раза/сут 14–21 дней	14 дней	Восстановление здоровья. Хронизация.
Острый нейро- боррелиоз (A69.2)	ОУ	Общий анализ крови Общий анализ мочи ЭКГ Исследование пар- ных сывороток, ликвора методом РНИФ Спинномозговая пункция	2 1 1 1 1	Биохимическое ис- следование крови: билирубин, АЛАТ, тимоловая проба, ще-лочная фосфатаза, глюкоза, общий белок, протеинограмма. ПЦР в ликворе. Иммуноблоттинг. ЭКГ. Консультация врача- хирурга.	Бензилпенициллин — 300 тыс. ЕД/кг/сут в 6 приемов в/в — 14 дней или цефотаксим 2 г в/м 3 раза/сут — 14–28 дней, или цеф- триаксон 2 г — 2 раза/ сут — 14–28 дней	14–28 дней	Восстановление здоровья. Хронизация.
Энтеровирусный менингит (A87.0)	РУ ОУ	Общий анализ крови Общий анализ мочи Исследование крови, капа, ликвора на энте- ровирусы. Спинномозговая пунк- ция с исследованием спинномозговой жид- кости (далее — СМЖ)	2 1 1 1	ЭХО-ЭГ. КТ или МРТ голов- ного мозга.	Дезинтоксикационная (по показаниям), детид- ратационная терапия: Глюкоза 10 %-ная — 400 мл + инсулин 8 ЕД + раствор калия хлорид-а 7,5 %-ного 10–20 мл в/в капельно — 2–5 дней	15 дней	Восстановление здоровья.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Герпетический менингит (B00.3)	РУ ОУ	Общий анализ крови Общий анализ мочи Люмбальная пункция Обнаружение АГ ВПГ в ликворе ИФА Консультация врачей: невролога, офтальмолога (глазное дно)	в динамике 2 и по показаниям 1 в динамике по показаниям	Исследование ликвора методом ПЦР на ДНК ВПГ. КТ мозга.	Ацикловир — 30 мг/кг/сут в/в капельно. Дегидратационная терапия (сормантол 400 мг, фуросемид 40–80 мг в/в) Дезинтоксикационная терапия (глюкоза 5 %, 10 %-ная — 400 мл, растворы электролитов 400 мл в/в) — на период интоксикации Противосудорожные препараты (диазепам 0,5 %-ный 2 мл 1–2 раза/сут в/в). Оксигенотерапия	21 день	Восстановление здоровья. Отсутствие эффекта.
Опоясывающий лишай (herpes zoster) (B02)	РУ ОУ	Общий анализ крови Общий анализ мочи ИФА ВИЧ	в динамике в динамике по показаниям	Исследование отделяемого везикул на наличие вируса	Ацикловир — 800 мг 5 раз/сут внутрь — 7–14 дней. Местно: 1 %-ный раствор бриллиантового зеленого	7–10 дней	Восстановление здоровья.
Опоясывающий лишай с энцефалитом (B02.0)	РУ ОУ	То же + МРТ головного мозга. Консультация врачей: невролога, офтальмолога	1 в динамике	То же + ЭХО-ЭГ	Ацикловир — 30 мг/кг/сут в/в капельно в 3 приема 10–14 дней. Дезинтоксикационная терапия: 10 %-ная глюкоза, реоглюман, натрия хлорид на периферическую интоксикацию.	14–21 день	Восстановление здоровья.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Инфекционный мононуклеоз (B27)	РУ ОУ	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: билирубин, АЛАТ, тимоловая проба, щелочная фосфатаза. Реакция Пауля-Буннеля УЗИ органов брюшной полости ИФА ВИЧ	в динамике в динамике в динамике в динамике	Обнаружение анти-VCA-IgM (ИФА). Консультация врача гематолога	Дегидратационная те-рапия: сормантол — 400 мл, реоглюман — 400 мл, фуросемид — 40–80 мг в/в (по показаниям). Анальгетики: ме-тами-зол — 0,5 г, трама-дол — 50 мг 3–4 раза/сут внутрь (на период болевого синдрома). Антигистаминные пре-параты: лората-дин — по 10 мг 1	10–14 дней	Восстановление здоровья. Хронизация.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Лептоспироз жел- тушно-гемораги- ческий Лептоспироз, выз- ванный серовар icterohaemorrhagiae (A27.0)	РУ ОУ	Общий анализ крови + тромбоциты Общий анализ мочи Биохимическое ис- следование крови: общий билирубин и его фракции, АЛАТ, АсАТ, мочевины, креатинин. Определение уровня ПТИ Бактериологическое ис- следование крови и мочи. Серологическое иссле- дование в реакции микротитрования. Биохимическое иссле- дование крови: общий билирубин и его фрак- ции, АЛАТ, АсАТ, мочевина, креатинин, электролиты (К, Na, Cl) Консультация врачей: уролога, невролога	2 2 2 1 2 2 2 1	Коагулограмма: Ли-Уайт, АЧТВ, ППВ, фибриноген, спонтан- ный фибринолиз R- графия органов груд- ной клетки. ЭКГ в динамике.	При развитии ослож- нений (обструкция верх- них дыхательных путей, тромбоцитопения, ос- ложнения со стороны ЦНС) — преднизолон 40–60 мг/сут внутрь (длительность по по- казаниям) Антибиотикотерапия: бензилпенициллин — до 18 млн ЕД/сут в/м — 7 дней или ампициллин — до 6 г/ сут в/м или в/в — 7 дней, или доксицик- лин — 200 мг/сут внутрь или в/в — 7 дней, или цефтриак- сон — 2 г/сут в/в — 7 дней.	до 20 дней	Восстановление здоровья. Выздоровление с полным восстановлением физио- логического процесса или функции. Выздоровление с частич- ным нарушением физио- логического процесса, функции или потери части органа. Отсутствие эффекта.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Менингококковый менингит (A39.0)	РУ ОУ	Общий анализ крови (мониторинг) Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: билирубин, АЛАТ, тимоловая проба, мочевины, креатинин, протеинограмма, СРБ, сиаловые кислоты. Спинномозг. пункция Бактериологическое исследование ликвора, крови на менингококк. Бактериоскопическое исследование крови и ликвора на менингококк (до начала антибактериальной терапии) Исследование мазка из носогл. на менингококк ЭКГ Коагулограмма: Ли-Уайт, АЧТВ, ПТИ, фибриноген, спонтанный фибринолиз Определение параметров КОС (мониторинг) Р-графия органов грудной клетки и придаточных пазух носа Консультация врачей: невролога, офтальмолога, оториноларинголога	2 2 2 2 1 3 1 и по показаниям 1 и по показаниям 1 1	КТ или МРТ головного мозга	Бензилпенициллин — 200–300 мг/кг/сут в/в или в/м — 7–10 дней При непереносимости β-лактамов антибиотиков хлорамфеникол — по 1 г в/в каждые 6 часов — 7–10 дней. Препарат резерва: меропенем — по 2 г 3 раза/сут в/в — 7 дней. Дезинтоксикационная (по показаниям), детидратационная терапия: Глюкоза 10 %-ная — 400 мл + инсулин 8 ЕД + раствор калия хлорида 7,5 %-ный — 10–20 мл в/в капельно — 2–5 дней. Декстран — 400 мл или маннитол 20 %-ный 500 мл, или сорбитол — 400 мл в/в капельно — 2–5 дней. Фуросемид — 20–40 мг/сут в/в или перорально — 2–3 дня. Дексаметазон — 0,15–0,3 мг/кг/сут в/в — 2 дня (по показаниям). Диазепам 10–20 мг в/в; в/м при судорогах. ИВЛ (по показаниям) Пираретам 0,4 г 3 раза/сут внутрь — курс лечения 1 месяц (по показаниям).	21 день	Восстановление здоровья.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Острая менингококкемия (A39.2)	Отделения интенсивной терапии и реанимации (далее – ОИТР)	Общий анализ крови (мониторинг). Общий анализ мочи (мониторинг). Биохимическое исследование крови: билирубин, АлАТ, тимоловая проба, мочевины, креатинин, протеинограмма, СРБ, сиаловые кислоты (мониторинг). Спинномозг. пункция Бактериологическое исследование ликвора Бактериологическое исследование крови на менингококк Бактериоскопическое исследование крови на менингококк. Бактериологическое исследование крови на гемокультуру, стерильность. Исследование мазка из носоглотки на менингококк. ЭКГ	1 раз, далее по показан. 1 раз, далее по показан. 3 1 3 1 и по показаниям	ПШР на ДНК менингококка (кровь) КТ или МРТ головного мозга УЗИ внутренних органов	ИВЛ (по показаниям). Антибактериальная терапия: бензилпенициллин — 200–300 мг/кг/сут в/в или в/м — 7–10 дней или цефтриаксон по 2 г 2 раза/сут в/в, или цефотаксим по 3 г 4 раза/сут в/в — 10 дней. При непереносимости β-лактамов антибиотиков хлорамфеникол по 1 г в/в 4 раза/сут — 10 дней. Препарат резерва: меропенем по 2 г 3 раза/сут в/в — 7 дней. Преднизолон — 200–300 мг/сут в/в — 3–5 дней (по показаниям) Допамин — 10–30 мкг/кг/мин в/в (по показаниям). Норэпинефрин — 1–5 мкг/кг в/в (по показаниям). Добутамин — 2,5–10 мкг/кг/мин в/в капельно (до выведения из шока)	18–21 день	Выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса. Отсутствие эффекта.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
		Коагулограмма: Ли-Уайт, АЧТВ, ПТИ, фибриноген, спонтанный фибринолиз (мониторинг). Определение параметров КОС (мониторинг) R-графия органов грудной клетки и ППН Консультация врачей: невролога, офтальмолога, оториноларинголога	1 и по показаниям		Дезинтоксикационная терапия (декстран/натрия хлорид — 400 мл/сут, растворы электролитов — 1200–1500 мл/сут). Фуросемид — 20–40 мг/сут в/в (до стабилизации состояния). Диазепам — 10–20 мг в/в, в/м при судорогах.		
Гепатит А без печеночной комы (B15.9)	РУ ОУ (по показаниям — ОИТР)	Общий анализ крови Общий анализ мочи Исследование уровня уробилина, желчных пигментов в моче Анализ крови на ВИЧ Биохимическое исследование крови: АЛТ, билирубин, тимоловая проба, ГГТП Коагулограмма: Ли-Уайт, АЧТВ, фибриноген, спонтанный фибринолиз. Определение уровня ПТИ (в динамике). Серологические мар-	по показаниям 1 1 1 по показаниям	УЗИ органов брюшной полости	Диета-стол № 5. Дезинтоксикационная терапия (по показаниям) до 3 л/сут: 5 % глюкоза + инсулин (на 100 мл 5 % глюкозы 1 ЕД инсулина); натрия хлорид; растворы электролитов. Гепатопротекторы: урсодиооксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь 1 раз/сут до 1 мес. (по показаниям); орнитина аспаргат — 10 мл (5 мг) 1 раз/сут в/в — 10 дней, далее — по 150 мг 3 раза/сут в течение 1 мес (по показаниям);	21 день	Полное выздоровление. Рецидив. Гепатомегалия. Доброкачественная гипербилирубинемия.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Гепатит А с печеночной комой (B15.0)	РУ ОИТР	Общий анализ крови + тромбоциты, рети- кулоциты. Общий анализ мочи. Исследование уровня уробилина, желчных пигментов в моче. Анализ крови на ВИЧ. Биохимическое ис- следование крови: АлАТ, билирубин, ти- молевая проба, ГГПТ, глюкоза, амилаза, общий белок, проте- инограмма	По показа- ниям 1 1 1 по показа- ниям		эссенциальные фос- фолипиды в/в капель- но в 5 % растворе глюкозы — 2 ампу- лы по 5 мл/сут или 1–2 ампулы по 10 мл/ сут. Курс лечения 10–20 дней (по пока- заниям). Пентоксифиллин — по 5 мл 1 раз/сут в/в по 10 дней, далее — по 100 мг 3 раза/сут внутри до 1 месяца (по показаниям).	По по- казания м	Полное выздоровление. Рецидив. Гепатомегалия. Доброкачественная гипербилирубинемия. Отсутствие эффекта.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
		Коагулограмма: Лиганд, АЧТВ, фибриноген, спонтанный фибринолиз. Определение уровня ПТИ до 3-х раз/сут Бактериологическое исследование крови на стерильность и гемокультуру. Серологические маркеры: anti/HAU-IgM Исследование мазка со слизистых на грибы рода Candida ЭКГ Консультация врачей: невролога, акушера-гинеколога	по показаниям 1 и по показаниям 1 1 и по показаниям по показаниям 1		Корректирующая терапия по показаниям (альбумин 5–10 % — до 400 мл в/в капельно). Ингибиторы протеолиза (по показаниям): апротинин в начальной дозе 500 тыс. КИЕ/сут, далее — поддерживающая доза (только на ОУ). Преднизолон — до 300 мг/сут в/в (по показаниям). Гепатопротекторы: орнитина аспаргат 10 мл (5 мг) 2 раз/сут в/в (длительность по показаниям), далее — по 300 мг 3 раза/сут в течение 1 мес или по показаниям; эссенциальные фосфолипиды в/в капельно в 5 % растворе глюкозы — 2 ампулы по 5 мл/сут или 1–2 ампулы по 10 мл/сут. Курс лечения 10–20 дней (по показаниям). 2 % раствор пенто-		

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Острый гепатит В без дельта-агента без печеночной комы (В16.9)	РУ ОИТР	Общий анализ крови Общий анализ мочи Исследование уровня уробилина, желчных пигментов в моче. Анализ крови на ВИЧ. Биохимическое исследование крови: АЛАТ, билирубин, тимоловая проба, ГГТП Коагулограмма: Лист Уайт, АЧТВ, фибриноген, слотанный фибринолиз Определение уровня ПТИ (в динамике) Серологические маркеры: HbsAg, HbeAg, a/cor IgM, anti/HDV-IgM	по показанням 1 1 1 по показанням по показанням 1	УЗИ органов брюшной полости	ксифиллина 5 мл 1 раз/сут в/в — 10 дней, далее по 100 мг 3 раза/сут внутрь до 1 мес (по показаниям) Лактулоза по 1 столовой ложке 3–4 раза/сут (до послабляющего эффекта), в клизмах 20–25 мл 1 раз/сут. Обработка слизистых 1% мазью клотримазола	21 день	Полное выздоровление. Рецидив. Гепатомегалия. Доброкачественная гипербилирубинемия. Хронизация. Отсутствие эффекта.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
					Гепатопротекторы: урсодеоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь 1 раз/сут до 1 мес (по показаниям); орнитина аспаргат — 10 мл (5 мг) 1 раз/сут в/в 10 дней, далее — по 150 мг 3 раза/сут в течение 1 мес (по показаниям); эссенциальные фосфолипиды в/в капельно в 5 % растворе глюкозы — 2 ампулы по 5 мл/сут или 1–2 ампулы по 10 мл/сут. Курс лечения 10–20 дней (по показаниям). 2 % раствор пентоксифиллина по 5 мл 1 раз/сут в/в — 10 дней, далее по 100 мг 3 раза/сут внутрь до 1 мес (по показаниям) При затяжном течении — интерферон альфа по 5–6 млн ME — 5 раз/нед		

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Острый гепатит В без дельта-агента с печеночной комой (В16.2)	РУ ОИТР	Общий анализ крови + тромбоциты, ретикулоциты. Общий анализ мочи. Исследование уровня уробилина, желчных пигментов в моче. Анализ крови на ВИЧ Биохимическое исследование крови: АлАТ, билирубин, тимоловая проба, ГГТП, глюкоза, амилаза, общий белок, перотенинограмма. Коагулограмма: Лист Уайт, АЧТВ, фибриноген, спонтанный фибринолиз. Определение уровня ПТИ до 3-х раз/сут. Бактериологическое исследование крови на стерильность и гемокультуру. Серологические маркеры: HbsAg, HbeAg, a/cor-IgM, anti/HDV-IgM Исследование мазка со слизистых на грибы рода Candida. ЭКГ.	по показаниям 1 1 1 по показаниям по показаниям 1 и по показаниям 1 и по показаниям 1 и по показаниям по показаниям 1	УЗИ органов брюшной полости. Электроэнцефалограмма	Диета-стол № 5а. Дезинтоксикационная терапия (по показаниям) до 3 л/сут: 5 % глюкоза + инсулин (на 100 мл 5 % глюкозы 1 ЕД инсулина); натрия хлорид; растворы электролитов Коррекция ДВС — синдрома (по показаниям); СЗП в/в (объем инфузий зависит от тяжести состояния); декстран/натрия хлорид — 400 мл в/в. Корректирующая терапия по показаниям (альбумин 5–10 % — до 400 мл в/в капельно). Ингибиторы протелиза по показаниям): аprotинин в начальной дозе 500 тыс. КИЕ/сут, далее — поддерживающая доза (только на ОУ). Преднизолон — до 300 мг/сут в/в (по показаниям). Гепатопротекторы: орнитина аспартат 10 мл	По показаниям	Полное выздоровление. Рецидив. Гепатомегалия. Доброкачественная гипербилирубинемия. Хронизация. Отсутствие эффекта.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
		Консультация врачей: невролога, акушера-гинеколога			(5 мг) 2 раз/сут в/в (длительность по показаниям), далее — по 300 мг 3 раза/сут в течение 1 мес или по показаниям; эссенциальные фосфолипиды в/в капельно в 5 % растворе глюкозы — 2 ампулы по 5 мл/сут или 1–2 ампулы по 10 мл/сут. Курс лечения 10–20 дней (по показаниям) 2 % раствор пентоксифиллина по 5 мл 1 раз/сут в/в - 10 дней, далее — по 100 мг 3 раза/сут внутрь до 1 месяца мес (по показаниям) Лактулоза по 1 столовой ложке 3–4 раза/сут (до послабляющего эффекта), в клизмах 20–25 мл 1 раз/сут. Обработка слизистых 1 % мазью клотримазола		

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Острый гепатит С (В17.1)	РУ ОУ (ОИТР по показаниям)	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Исследование уровня уробилина, желчных пигментов в моче. Анализ крови на ВИЧ. Биохимическое исследование крови: АЛАТ, билирубин, тимоловая проба, ГГПТ Коагулограмма: Лист Уайт, АЧТВ, ПТИ, фибриноген, спонтанный фибринолиз. Серологические маркеры: anti/HCV. ПЦР HCV (при решении вопроса об этиотропной терапии)	по показаниям 1 1 1 по показаниям по показаниям 1 1	УЗИ органов брюшной полости	Диета-стол № 5. Дезинтоксикационная терапия (по показаниям) до 3 л/сут: 5 % глюкоза + инсулин (на 100 мл 5 % глюкозы 1 ЕД инсулина); натрия хлорид; растворы электролитов. Коррекция ДВС — синдрома (по показаниям): СЗП в/в (объем инфузий зависит от тяжести состояния); декстран/натрия хлорид 400 мл в/в. Ингибиторы протеолиза (по показаниям): апротинин в начальной дозе 500 тыс. КИЕ/сут, далее — поддерживающая доза (только на ОУ). Гепатопротекторы: урсodeоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь 1 раз/сут при холестазе; орнитина аспаргат — 10 мл (5 мг) 1 раз/сут в/в — 10 дней,	21 день	Полное выздоровление. Рецидив. Гепатомегалия. Доброкачественная гипербилирубинемия. Хронизация. Отсутствие эффекта.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
					далее — по 150 мг 3 раза/сут в течение 1 мес (по показаниям); эссенциальные фосфо- липиды в/в капельно в 5 % растворе глюко- зы — 2 ампулы по 5 мл/сут или 1–2 ампулы по 10 мл/сут. Курс лечения 10–20 дней (по показаниям). 2 % раствор пентокси- филлина 5 мл 1 раз/ сут в/в — 10 дней, далее — по 100 мг 3 раза/сут внутрь до 1 мес (по показаниям). При снижении уровня АлАТ до 10 норм — интерферон-альфа по 3–6 млн. МЕ 3 раз/ нед (только на ОУ).		
Хронический ви- русный гепатит В без дельта-агента (В18.1)	РУ ОУ	Общий анализ крови + тромбоциты Общий анализ мочи Биохимическое ис- следование крови: билирубин, АлАТ, АсАТ, тимоловая про- ба, щелочная фосфа- таза, ГГТП, сыворо- точное железо, холесте- рин, β-липопротеиды,	по показа- ниям 1 р/7 дней	Электронцефало- грамма. Допплерография печени. УЗИ щитовидной железы. Гормоны щитовидной железы (Т _{св} , ТТГ, анти- тела к тироксиназе) ПЦР (определение ДНК ВГВ)	Препараты α-интерфе- рона 5–6 млн. ЕД 5 раз/ нед (по показаниям). Гепатопротекторы: урсодеоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/ сут внутрь 1 раз/сут (при холестазах); орнитина аспаргат — 10 мл (5 мг) 1 раз/ сут в/в — 10 дней,	1–5 недель по показа- ниям	Ремиссия. Стабилизация. Прогрессирование. Отсутствие эффекта. Трансформация в цирроз печени.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
		Анализ крови на ВИЧ УЗИ органов брюш- ной полости	1 1	используя полуколичес- твенную систему ИГ А-ГИСА и ГИСХ Содержание α-фето- протеина в крови	кислота 10–15 мг/кг/ сут внутрь 1 раз/сут (при холестазе); орнитина аспарат — 10 мл (5 мг) 1 раз/сут в/в 10 дней, далее — по 150 мг внутрь 3 раза/ сут (по показаниям); эссенциальные фосфо- липиды в/в капельно в 5 % растворе глюко- зы — 2 ампулы по 5 мл/ сут или 1–2 ампулы по 10 мл/сут. Курс лечения 10–20 дней (по показаниям). 2 % раствор пентокси- филина по 5 мл 1 раз/ сут в/в — 10 дней, далее — по 100 мг 3 раза/сут внутрь до 1 мес (по показаниям).		
Сальмонеллезный энтерит (A02.0)	Инфекционные больницы, инфекционные отделения больниц РУ ОУ	Общий анализ крови + гематокрит Общий анализ мочи Копрограмма Кал на ПКФ	1–3 1 1 3	Контрольное иссле- дование кала для дек- ретированного кон- тингента 2-кратно. Ректороманоскопия РПГА с сальмонел- лезными диагности- кумами Биохимическое иссле- ование крови: элек- тролиты (K, Na, Cl), креатинин, мочевина ЭКГ	Диета-стол № 4, 2. Промывание желудка при наличии тошноты, рвоты (по показаниям) Антибактериальная терапия назначается только при тяжелой форме у ослабленных и пожилых больных с сопутствующей пато- логией, а также при кой- ническом варианте забо- левания, угрозе генера- лизации процесса.	5–9 дней	То же

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
					При внебольничном (домашнем) сальмонеллезе ципрофлоксацин — по 0,5 г внутрь 2 раза/сут — 3–7 дней (по показаниям). При нозокомиальном сальмонеллезе ципрофлоксацин по 0,5 г внутрь 2 раза/сут и (или) цефтриаксон 1 г — 2 раза/сут в/м или в/в — 5–7 дней. Патогенетическая терапия: регидратационная терапия (согласно нозологической форме A00.0). При выраженном диарейном синдроме индометацин перорально по 50 мг 3 раза в течение первых 12 ч пребывания в стационаре и не позднее 1–2 сут от начала заболевания или глюкокортикостероидов (преднизолон 5 г однократно при тех же условиях 1–2 дня). Спазмолитики при выраженном болевом синдроме: папаверин, дротаверин 80 мг 3 раза перорально.		

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Шигеллез, вызванный <i>Shigella dysenteriae</i> (A03.0)	Инфекционные больницы, инфекционные отделения больниц РУ ОУ	Общий анализ крови + гематокрит Общий анализ мочи Копрограмма Кал на ПКФ Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na, Cl), креатинин, мочевины	1–3 1 1 3 1–2	Контрольное исследование кала для декретированного контингента (однократно) Ректороманоскопия РПГА с шигеллезными диагностическими Коагулограмма: Ли-Уайт, АЧТВ, ПТИ, фибриноген, слонганный фибринолиз. Определение параметров КОС. Удельный вес плазмы. ЭКГ.	По показаниям перорально лекарственные средства на основе бифидумбактерий по 5–10 доз 3 раза/сут до 3–4 недель (не назначать с антибиотиками) и при недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы мултиэнзимы по 2–3 таблетки (драже) 3 раза/сут — 7–14 дней.	7–8 дней	То же

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
					сопровождающихся гемоколитом: ципро- флоксацин — по 0,25– 0,5 г внутрь 2 раза/сут, цефалоспорины: цеф- триаксон 2 г/сут в/м или в/в до 7 дней или цефотаксим 4–6 г/сут в/м или в/в. Спазмолитики при вы- раженном болевом синдроме: папаверин, дротаверин — 80 мг 3 раза/сут перорально У лиц с сопутствующей патологией ЖКТ при необходимости перорально назнача- ются лекарственные средства на основе бифидумбактерий по 5–10 доз 3 раза/сут 3–4 недель (после антибактериальной терапии, если она проводилась). При недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы мультиэнзимы по 2–3 таблетки (драже) 3 раза/ сут — 7–14 дней		

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Стафилококковое пищевое отравление (A05.0)	Инфекционные больницы, инфекционные отделения больниц РУ ОУ	Общий анализ крови Общий анализ мочи Копрограмма Кал на ПКФ Бактериологическое исследование рвотных масс и промывных вод желудка	1-2 1 1 3 1	Мочевина, креатинин крови, электролиты (K, Na, Ca, Cl), билирубин, АЛАТ. Исследование кала, промывных вод желудка в РНГА или ВИАФ для обнаружения токсина ЭКГ Консультация врача-хирурга	Диета-стол № 4, 2 Промывание желудка Пероральная, инфузионная регидратация согласно нозологической форме A02.0	4-5 дней	То же
Ботулизм Классическое пищевое отравление, вызванное Clostridium botulinum (A05.1)	Инфекционные больницы, инфекционные отделения больниц РУ ОУ	Общий анализ крови Общий анализ мочи Копрограмма Исследование кала на ПКФ Исследование крови, мочи, кала, рвотных масс промывных вод желудка, остатков пищи на наличие ботулотоксина (биопроба) ЭКГ R-графия органов грудной клетки Консультация врачей: офтальмолога, невролога.	1-3 1-2 1 3 1 2-3 1 1	Бактериологическое исследование промывных вод желудка, кала, пищевых продуктов на анаэробные питательные среды. Биохимическое исследование крови: электролиты (K, Na, Cl), креатинин, мочевина	При тяжелом течении — госпитализация в ОИПР Диета-стол № 4, при нарушении глотания зондовое кормление, парентеральное питание. Промывание желудка 2-5 % раствором гидрокарбоната натрия через зонд. Высокие очистительные клизмы с 5 % раствором гидрокарбоната натрия. Противоботулиническая сыворотка при неизвестном типе возбудителя: тип А и Е по 10 тыс. МЕ, тип В 5 тыс. МЕ при тяжелой степени тяжести в/в однократно.	14-16 дней	Восстановление здоровья с полным восстановлением физиологического процесса или функции. Восстановление здоровья с частичным восстановлением физиологического процесса или функции.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
					Антибактериальная терапия: ампициллин 1 г в/м 4 раза/сут или бензилпенициллин 1 млн ЕД 4 раза/сут Дезинтоксикационная терапия: 20–30 мл/кг растворами электролитов и 5–10 % растворами глюкозы в/в однократно. ИВЛ (по показаниям) Катетеризация мочевого пузыря по показаниям. Очистительные клизмы при отсутствии стула 1 раз в 2 дня. Гиббарическая оксигенация (далее — ГБО)		
Пищевое отравление, вызванное <i>Clostridium perfringens</i> (<i>Clostridium welchii</i>) (A05.2)	То же	Согласно нозологической форме A05.0	Согласно нозологической форме A05.0	Согласно нозологической форме A05.0	Согласно нозологической форме A05.0 При развитии гемоколита антибактериальная терапия: метронидазол 0,5 г 3 раза/сут перорально.	Согласно нозологической форме A05.0	Согласно нозологической форме A05.0

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован (J10.1)	РУ ОУ	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: АлАт, АсАт, билирубин, мочевины, электролиты (K, Na), глюкоза. Рентгенограмма органов грудной клетки. ЭКГ.	2 2 1 1 2	РИФ со специфическими гриппозными сыворотками	Римантадин 1 раз/сут внутри: 1-й день болезни — 300 мг; 2-й день — 200 мг; 3-й день — 100 мг. Человеческий лейкоцитарный интерферон (по показаниям) 3–6 инъекций по 100–500 тыс. МЕ в зависимости от степени тяжести и возраста больного, 2 раза/сут в течение первых 3-х суток заболевания. Противогриппозный донорский гамма-глобулин (иммуноглобулин) (по показаниям) 3–6 мл в/м однократно. Указанная доза может быть назначена повторно через 8 ч при сохранении выраженных симптомов интоксикации. Антибактериальная терапия проводится при наличии бактериальных осложнений.	10–14 дней	Восстановление здоровья

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Другие вирусные инфекции неуточненной локализации (B34.8)	РУ ОУ	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: АлАт, АсАт, билирубин, мочевины, электролиты (K, Na), глюкоза. Рентгенограмма органов грудной клетки. ЭКГ.	2 2 1 1 2	РИФ со специфическими гриппозными сыворотками	Парацетамол — 0,2–0,5 г 3–4 раза/сут при повышении температуры выше 38 °С Антибактериальная терапия проводится при наличии бактериальных осложнений. При развитии вторичного бактериального менингита лечение проводится согласно нозологической форме A39.0.	6–10 дней	Восстановление здоровья

Учебное издание

Красавцев Евгений Львович

**СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
БОЛЬНОГО С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Учебно-методическое пособие
для студентов медицинских вузов 4, 5 курсов лечебного факультета
и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»

Редактор *О. В. Кухарева*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 05.05.2011.
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 2,33. Уч.-изд. л. 2,54. Тираж 100 экз. Заказ № 196.

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009.

