

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ**

Владикавказ, 2018

Отараева Б.И., Гипаева Г.Р., Плиева Ж.Г.

История болезни, - 2018- 18стр.

В пособии представлены правила заполнения истории болезни и схема обследования инфекционного больного. Предназначено для студентов обучающихся по специальности «Медико-профилактическое дело».

Рецензенты:

Плахтий Л.Я.- доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой микробиологии ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кусова А.Р.- доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общей гигиены ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным учебно-методическим советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России (протокол от 31.08.2018 №1)

Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
2018

Отараева Б.И., Гипаева Г.Р., Плиева Ж.Г. 2018

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. Титульный лист.....	4
1. Паспортные данные.....	5
2. Жалобы больного.....	5
3. Анамнез болезни.....	6
4. Эпидемиологический анамнез.....	7
5. Анамнез жизни.....	7
7. Объективные данные.....	7
8. Предварительный диагноз.....	9
9. План обследования.....	10
10. Результаты обследования больного.....	10
11. Дифференциальный диагноз.....	10
13. Клинический диагноз и его обоснование.....	11
14. План лечения и его обоснование.....	11
15. Дневники.....	12
16. Этапный или выписной эпикриз.....	11
17. Лабораторные показатели здорового человека.....	13
18. Литература.....	18

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

Заведующая кафедрой: доц. Отараева Б.И.

Преподаватель: асс.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

**Куратор: фамилия, имя, отчество студента
факультет, курс, группа**

Владикавказ, 2018

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

- Ф.И.О.....
- Возраст.....
- Адрес.....
- Место работы.....
- Дата поступления
- Диагноз при поступлении.....
.....
- Клинический диагноз:.....
.....

ЖАЛОБЫ

1. Основные (ведущие) жалобы – они являются важными симптомами данного заболевания и указывают на локализацию процесса.

2. Второстепенные жалобы - субъективные ощущения, указывающие на наличие заболевания, но не специфичные для определенной болезни (температура, слабость и т.д.)

Жалобы в зависимости от поражения различных органов и систем могут быть следующими:

- При наличии желтухи необходимо подробно описать все симптомы продромального (преджелтушного) периода таким образом, чтобы четко вырисовывался определённый вариант (диспепсический, астеновегетативный, гриппоподобный, артралгический, смешанный или субъективно-бессимптомный). Когда больной заметил изменение цвета мочи, кала, как изменилось состояние больного с появлением желтухи, имелись ли боли, их локализация, иррадиация, характер и т.д.
- При поражении суставов: боли (в покое или при движении, днем или ночью), нарушение функции, локализация поражения, общая потливость и т. д.
- При заболеваниях, сопровождающихся поражением кожи и слизистых оболочек: зуд, боль, высыпания, покраснение и т.д.
- При заболеваниях, сопровождающихся поражением лимфатических узлов: увеличение их размеров, локализация поражения, боли и т.д.
- При заболеваниях органов пищеварения: аппетит, изжога, тошнота, рвота, их

связь с приемом пищи, вздутие живота, тяжесть, урчание, число дефекаций, тенезмы (ложные позывы), свойства испражнений (количество, слизь, кровь).

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis morbi)

Анамнез заболевания излагают в хронологическом порядке: первые проявления болезни, с чем связывает заболевание, как оно развивалось до момента обследования. Куда больной обращался, где обследовался, чем лечился, какой диагноз ставился. При опросе больного необходимо выяснить:

- Дату и час заболевания.
- Характер начала заболевания: острое или постепенное.
- Начальные симптомы.
- Наличие и характеристика продромального периода.

Наличие температуры и ее высота, подробная характеристика общетоксических проявлений (головная, мышечные боли, нарушение сна и др.), возможное появление сыпи (сроки, характер, локализация), при наличии желудочно-кишечных расстройств - детальное их описание (рвота, частота ее, характер и число испражнений, наличие патологических примесей, тенезмов, ложных позывов)

У больного с желтушным синдромом обязательно отражение даты (дня) появления темной мочи, обесцвеченных испражнений, желтушности склер, кожи, слизистых оболочек.

- 1 Подробное изложение явлений интоксикации (слабость, головная боль, головокружение), диспепсических расстройств (нарушение аппетита, тошнота, рвота). При наличии болевого синдрома указать на возможную связь с приемом пищи, отразить локализацию, иррадиацию, характер, интенсивность, периодичность и др.
- 2 Дальнейшее последовательное изложение развития заболевания с отражением даты появления каждого нового симптома (с указанием дней болезни).
- 3 Первичное обращение к врачу, предварительный диагноз, лечение на дому (препараты, дозы, продолжительность приема лекарств и их переносимость).
- 4 Влияние лечения на лихорадочную реакцию и дальнейшее течение болезни.
- 5 Результаты лабораторных и инструментально-аппаратных исследований сделанных в поликлинике.
- 6 Динамика болезни за время пребывания в стационаре, характер терапии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Является разделом истории болезни инфекционного больного. Сбор анамнеза проводится с учетом выявления источника инфекции, возможных факторов и путей передачи ее, способа заражения. При опросе больного необходимо выяснить следующее:

- наличие случаев заболевания среди окружающих, дома, на работе, проживание в эпидемическом очаге какой-либо инфекции;
- наличие контакта с животными;
- поездки за пределы страны, города, их сроки, бытовые условия;
- сведения о соблюдении правил личной гигиены, санитарном состоянии жилья;
- трансфузии крови, оперативные вмешательства, лечение у стоматолога, любые парентеральные вмешательства за последние 6 месяцев

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (Anamnesis vitae)

Физическое умственное развитие с рождения. Когда начал учиться. Образование. Начало трудовой деятельности. Семейная жизнь. Здоровье членов семьи. У женщин - гинекологический анамнез (начало и характер менструального цикла, беременности: сколько, когда и как закончились).

Материально-бытовые условия. Жилище (изолированная квартира, общежитие, санитарно-гигиеническая характеристика). Питание (регулярность и полноценность его, причины и продолжительность нарушения, режима питания). Условия труда. Профессиональные вредности и интоксикации.

Вредные привычки (курение, употребление наркотиков). Отразить частоту, количество и характер употребления алкогольных напитков, их переносимость.

Перенесенные соматические заболевания и операции. Контузии и ранения.

Патологическая наследственность (причины смерти родственников, перенесенные ими психические, онкологические, венерические заболевания и туберкулез).

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

- Общее состояние больного (тяжелое, средней тяжести, удовлетворительное), температура тела;
- Сознание (ясное, помрачение);
- Рост, масса тела, телосложение;

- Окраска кожи и видимых слизистых оболочек - цвет кожи: нормальный, гиперемия, бледность, цианоз, землистый, желтушный, инъекция сосудов склер, кровоизлияния Влажность кожи, ее тургор, зуд, расчесы, «сосудистые звездочки», симптом Филипповича. Наличие сыпи (характер, количество, локализация, шелушение);
- Лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые): величина, форма, подвижность, болезненность, спаянность с окружающими тканями;
- Суставы: деформация, болезненность, припухлость, гиперемия, активные и пассивные движения.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Осмотр: грудная клетка, её конфигурация, тип дыхания, частота дыхания.

Боли в груди, их характер, интенсивность, кашель: сухой, влажный, лающий; мокрота: количество, характер. ЧДД в минуту, дыхание через рот или нос. Движение крыльев носа. Характер выделений из носа, носовые кровотечения. Гортань: фонация, явления стеноза.

Перкуссия сравнительная и топографическая - основание границы легких спереди справа по среднеключичной линии - 6 ребро; слева не определяется из-за сердца; по передней подмышечной и справа и слева; по средней подмышечной линии - 8 ребро; по задней подмышечной линии – 9 ребро; по лопаточной линии - 10 ребро.

Аускультация: характер дыхания, хрипы, шум трения плевры.

СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Осмотр и пальпация области сердца, верхушечный толчок, сердцебиение.

Пульс: частота, ритм, дикротия, аритмия, наполнение и напряжение, соответствие температуре.

Перкуссия сердца: границы относительной тупости сердца (правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины; верхняя - по верхнему краю 3 ребра; левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии; поперечник сердца равен 3 см.

Аускультация сердца: (проводится по всем 6 точкам), ритм, характер тонов на верхушке и основании сердца, наличие шумов. Артериальное давление.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Осмотр: состояние зубов, десен, глотки, миндалин, языка (влажный, сухой, «малиновый», «лаковый», обложенный). Характер налета: белый, грязно-серый, коричневый. Тремор языка, свободно ли высовывается. Состояние слизистой полости рта: афты, изъязвления, налеты. Appetit, жажда, глотание, сухость во рту.

Осмотр живота: форма: нормальный, вздутый, втянутый, напряженный, участие в акте дыхания. Данные перкуссии, пальпации живота. Напряжение брюшной стенки, Симптомы Блюмберга - Щеткина, Падалки, асцит.

Кишечник: болезненность при пальпации, урчание, крепитация, спазмы различных отделов кишечника. Стул: частота, характер, окраска, наличие патологических примесей.

Печень: размеры по Курлову в сантиметрах (по среднеключичной, срединной линиям и левой реберной дуге $9:8:7\pm 1$ см). Пальпация: положение печени ниже реберной дуги в сантиметрах, плотность, поверхность, болезненность.

Селезенка: перкуторные границы (8см), данные пальпации (увеличение, плотность, болезненность).

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

Осмотр области поясницы, пальпация, боли, симптом «Поколачивания» по поясничной области, дизурические явления. Время появления менструации, беременность, роды, аборты.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Предварительный диагноз ставится на основании жалоб, данных анамнеза болезни, эпидемиологического анамнеза и результатов объективного обследования больного. Среди выявленных при осмотре и опросе симптомов различают решающие, опорные и наводящие.

К решающим симптомам относятся специфические проявления болезни (например, менингеальные симптомы при менингите).

Опорные симптомы: характерны для данного заболевания, но встречаются и при некоторых других заболеваниях (стул со слизью и кровью у больных дизентерией).

Наводящие симптомы наблюдаются при многих заболеваниях, например, головная боль, отсутствие аппетита и т.д.

Необходимо использовать типичные для этого заболевания проявления. При этом не-

допустимо повторное, последовательное изложение анамнеза и других данных.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с поставленным диагнозом (включая сопутствующие заболевания) перечисляются конкретные лабораторные и инструментальные исследования, которые куратор считает необходимым выполнить для уточнения диагноза у данного больного.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

В историю болезни вносятся результаты всех лабораторных, инструментальных, рентгенологических и др. аппаратных исследований в динамике.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Проводится конкретно в отношении заболевания у курируемого больного следующим образом: следует перечислить общие симптомы, которые имеются у курируемого больного и могут быть причиной заболеваний, с которым проводится дифференциация, т.е. обосновывается необходимость включения данного заболевания в число дифференцируемых. Затем отмечаются различия в клинической симптоматике с использованием анамнестических данных, эпидемиологических сведений, данных объективного обследования, результатов лабораторного исследования.

Дифференциальный диагноз следует излагать подробно, развернуто, в повествовательной форме, не менее чем с двумя заболеваниями.

Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику

Острый бруцеллез: брюшной тиф, грипп.

Хронический бруцеллез: ревматоид. полиартрит, иерсиниоз.

Пищевые токсикоинфекции: дизентерия, сальмонеллез.

Вирусный гепатит: механическая желтуха, лептоспироз.

Дизентерия: амебиаз, холера.

Рожа: сибирская язва, флегмона.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Клинический диагноз должен быть сформулирован и обоснован на основании данных клинического обследования и наблюдения в динамике, при исключении других заболеваний и подтвержден методами специфического лабораторного и инструментального обследования. Клинический диагноз должен соответствовать современной классификации инфекционных заболеваний.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Куратор дает схему основного метода лечения или группу препаратов необходимых в каждом конкретном случае.

Назначение режима, диеты, медикаментозных препаратов должно быть обосновано, исходя из общих принципов лечения указанного инфекционного заболевания, но с учетом особенностей течения инфекционного процесса у данного больного (форма заболевания, стадия, степень тяжести и т.д.).

ДНЕВНИКИ

Должно быть оценено состояние больного, день болезни. Систематическая ежедневная запись всех жалоб и объективных данных, характеризующих состояние органов и систем. Обязательно отмечать динамику отдельных имеющихся симптомов и появление новых, а также лечебные мероприятия, назначенные больному на этот день.

ЭТАПНЫЙ ИЛИ ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Эпикриз представляет собой выписку из истории болезни и должен заключать в себе основное содержание истории болезни и полную информацию о больном.

Содержание эпикриза включает следующие моменты:

1. Ф.И.О. больного, дата поступления и выписки, диагноз.
2. Жалобы при поступлении: основные, ведущие.
3. Краткий анамнез и перенесенные заболевания. Указать в связи, с чем больной был госпитализирован.
4. Объективный статус при поступлении. Записываются только выявленные патологические отклонения.
5. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования. Анализы крови,

мочи, кала, указать патологию.

6. Развернутый клинический, диагноз (в соответствии с клинической классификацией).
7. Проведенное лечение (режим, диета, медикаментозные средства в порядке их значимости).
8. Кратко указать динамику заболевания за время нахождения больного в стационаре: исчезновение жалоб, перечислить объективные признаки улучшения, положительную динамику лабораторных данных.
9. Указать состояние больного при выписке (удовлетворительное, средней тяжести). Перечислить рекомендации в отношении физической активности, диеты, приема медикаментозных средств, диспансерного наблюдения.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА

Периферическая кровь

Скорость оседания эритроцитов	муж. 1-10 мм/ч жен. 2-15 мм/ч
Гемоглобин	муж. 130-160 г/л жен. 120-140 г/л
Цветовой показатель	0,86-1,05
Количество эритроцитов	муж. 4,0 - 5,1·10 ¹² /л жен. 3,7- 4,7·10 ¹² /л
Количество лейкоцитов	4,0 - 8,8·10 ⁹ /л
Лейкоцитарная формула:	
1. миелоциты	отсутствуют
2. метамиелоциты	отсутствуют
3. палочкоядерные 1-6%	0,040-0,300·10 ⁹ /л
4. сегментоядерные 47-72 %	2,0-5,5·10 ⁹ /л
5. эозинофилы 0,5-5%	0,2-0,3·10 ⁹ /л
6. базофилы 0-1 %	0-0,065·10 ⁹ /л
7. лимфоциты 19-37 %	1,2-3,0·10 ⁹ /л
8. моноциты 3-11 %	0,09-0,6·10 ⁹ /л
9. плазматические клетки	Отсутствуют
Количество тромбоцитов	180-320·10 ⁹ /л
Количество ретикулоцитов	0,2-1,2%

Исследование мочи

Количество мочи за сутки	800-1500 мл
Относительная плотность в утренней порции	1012-1025
Цвет	соломенно-желтый
Прозрачность	слегка мутная
Реакция РН	нейтральная, слабокислая, слабощелочная, 6,25±0,36
Белок	отсутствует или следы
Сахар	отсутствует (не более 0,2 %)
Ацетон	отсутствует
Кетоновые тела	отсутствуют (не более 50 мг/сут)
Уробилиновые тела	отсутствуют (не более 6 мг/сут)
Билирубин	отсутствует
Аммиак	отсутствует
<i>Микроскопическое исследование осадка мочи</i>	
Плоский эпителий	незначительное количество
Переходный эпителий	незначительное количество
Почечный эпителий	отсутствует
Лейкоциты	3-5 в поле зрения
Эритроциты	единичные
Цилиндры	отсутствуют
Слизь	незначительное количество

Бактерии	отсутствуют или незначительное количество (не более 50 000 в 1 мл)
Неорганический осадок	при кислой реакции – кристаллы мочевой кислоты, ураты; при щелочной реакции - аморфные фосфаты, мочекислый аммоний, трипельфосфаты; оксалаты - при любой реакции мочи. Все соли определяются в незначительном количестве
Количественное исследование мочевого осадка по методу Нечипоренко	в 1 мл мочи содержится: лейкоцитов до 2000, эритроцитов до 1000, цилиндров 0-1 на 4 камеры подсчета
Проба Зимницкого	суточное количество мочи составляет 65-75 % выпитой жидкости. Дневной диурез составляет 2/3 - 3/4 от суточного. Относительная плотность мочи 1004-1024
Исследование кала	
Количество за сутки	100-250 г
Консистенция	оформленный
Форма	цилиндрическая
Цвет	коричневый
Реакция	нейтральная, слабощелочная
Слизь, кровь	отсутствуют
<i>Микроскопия кала</i>	
Мышечные волокна	отсутствуют или встречаются переваренные, потерявшие поперечную исчерченность
Соединительная ткань	отсутствует
Нейтральный жир	отсутствует
Жирные кислоты	отсутствуют
Мыла	незначительное количество
Растительная клетчатка:	
переваренная	единичные клетки и клеточные группы
непереваренная	содержится в разных количествах
Крахмал	отсутствует
Иодофильная флора	отсутствует
Слизь, эпителий	отсутствует
Лейкоциты	единичные
Исследование спинномозговой жидкости	
Количество	100-150 мл
Относительная плотность	1003-1008
Давление	150-200 мм вод/ст. в положении лежа
Цвет	бесцветная
Цитоз в 1 мкл	вентрикулярная жидк. 0-1 цистернальная жидк. 0-1 люмбальная жидк. 2-3
РН	7,35-7,8

Общий белок	0,15-0,45 г/л
люмбальная жидкость	0,22-0,33 г/л
Глюкоза	2,78-3,89 ммоль/л
Ионы хлора	120-128 ммоль/л

БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показатели углеводного обмена

Глюкоза	плазма	4,22-6,11 ммоль/л
	цельная капиллярная кровь	3,38-5,55 ммоль/л
Сиаловые кислоты		2,0-2,33 ммоль/л
Связанные с белком гексозы		135-200 усл.ед.
из них с серомукоидом		1,2-1,6 ммоль/л
Гликозилированный гемоглобин		4,5-6,1 молярных %
Молочная кислота		0,99-1,75 ммоль/л

Показатели липидного обмена

Общий холестерин		3,6 - 5,2 ммоль/л
Альфа - липопротеиды		1,5 - 4,2 г/л
Бета-липопротеиды		3,2 – 4,5 г/л
Триглицериды		< 2,3 ммоль/л

Показатели белкового обмена

Общий белок		65-85 г/л
Альбумин		35-50 г/л
Тимоловая проба		0-6 ед.
Серомукоид		0,13-0,2 ед.
Гаптоглобин		0,9-1,4 г/л
Креатинин	кровь	44-115 мкмоль/л
Мочевина	кровь	2,5-8,3 ммоль/л
Клубочковая фильтрация		80-120 мл/мин
Канальцевая реабсорбция		97-99%
Мочевая кислота	кровь	жен. 149-409 ммоль/л муж. 214-458 ммоль/л

Ферменты крови		
Аспаратаминотрансфераза (АСТ) • оптический тест метод Райтмана-Френкеля		до 40 МЕ 0,1-0,68 мкмоль /ч.мл
Аланинаминотрансфераза (АЛТ) • оптический тест метод Райтмана-Френкеля		до 40 МЕ 0,1-0,45 мкмоль/ ч.мл
Альфа-амилаза	кровь сыворотка	3,3-8,9 мг/с.л или 12-32мг/ч.мл 12-32мг/ч.мл
Гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТ)		жен. до 35 МЕ или до 580 нмоль/(с.л) муж. до 48 МЕ или до 800 нмоль/(с.л)
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)		до 460 МЕ или до 7668 нмоль/(с-л)
Щелочная фосфатаза (ЩФ) оптимизированный метод,		до 280 МЕ или до 4666 нмоль/(с-л) нмоль/(с-л) до 50 МЕ (37°) или до 830 нмоль/(с-л)
Показатели пигментного обмена		
Общий билирубин		8,5-20,5 мкмоль/л
Прямой билирубин		0-5,1 мкмоль/л
Непрямой билирубин		до 16,5 мкмоль/л
Показатели системы гемостаза		
Время кровотока		до 3 мин
Время свертывания	Венозная кровь Капиллярная кровь	6-8 мин 30 сек-3-5 мин.
Активированное время рекальцификации крови		50-70 с
Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)		30-40 с
Антитромбин III (АТ-III)		80-120%
Протромбиновый индекс		80-100%
Тромбиновое время		15-18 сек
Фибриноген		2-4 г/л
Индекс ретракции кровяного сгустка		0,4-0,6

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ
ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ (ПОКРОВСКИЙ В.И.)**

Симптомы	Степени дегидратации			
	I	II	III	IV
	Величина потери жидкости относительно массы тела			
	до 3%	4-6%	7-9%	свыше 10%
Рвота	До 5 раз	До 10 раз	До 20 раз	Свыше 20 раз
Жидкий стул	До 10 раз	От 10 до 20 раз	20 раз и более	Свыше 20 раз
Жажда, сухость слизистых полости рта	Умеренная	Значительная		Резкая
Цианоз	Нет	Носогубного треугольника	Акроцианоз	Общий цианоз
Эластичность кожи и тургор подкожной клетчатки	Нормальные	Понижен у пожилых	Понижен	Резко снижен
Изменение голоса	Нет	Ослаблен	Осиплость	Афония
Судороги	Отсутствуют	Икроножных мышц, кратковременные	Продолжительные и болезненные	Генерализованные, клонические
Пульс	Норма	До 100 уд. в 1 мин	До 120 уд. в 1 мин	Нитевидный или не определяется
Систолическое артериальное давление	Норма	До 100 мм. рт. ст.	До 80 мм рт. ст.	Ниже 80мм рт.ст., иногда не определяется
Симптомы	Степени дегидратации			
	I	II	III	IV
Величина рН крови	7,36—7,40	7,36—7,40	7,30—7,36	Менее 7,30
Дефицит оснований (ВБ)	Норма	До 5 ммоль/л	До 10 ммоль/л	Свыше 10 ммоль/л
Нарушение электролитного обмена	Норма	Снижение калия	Снижение калия и натрия	Резкое снижение натрия

Формула Филлиса:

$$V = 4 \cdot 1000 \cdot P \cdot (X - 1024),$$

где: V – определяемый дефицит жидкости в мл;

P – масса тела больного в кг;

X – относительная плотность плазмы больного;

4 – коэффициент при плотности плазмы больного до 1040.

КОЖНО-АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ ПРОБА БЮРНЕ, УЧЕТ ЕЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В асептических условиях вводится внутрикожно 0,1 мл бруцеллина в среднюю треть передней поверхности предплечья. Через 24 и 48 часов проводится учет результатов.

Реакцию учитывают по величине инфильтрата:

инфильтрат на месте введения бруцеллина до 1 см - реакция сомнительная;

1 - 3см – слабоположительная;

3 - 6см – положительная;

свыше 6см - резко положительная.

Проба становится положительной с 7-8 дней болезни.

СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

Реакция Видаля – 1:200;

Реакция Хеддльсона – положительная;

Реакция Райта – 1:200;

РПГА с эритроцитарным бруцеллезным диагностикумом – 1:160;

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. – -е изд., испр. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2012. – 816с.
2. Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. Лекции по инфекционным болезням в 2-х т. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016.
3. Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. Лекции по инфекционным болезням. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2007. – 1032 с.
4. Схема истории болезни / Сост. В.Н. Ослопов, А.Р. Садыкова, А.Р. Шамкина. – 3-е изд., испр. И доп. – М.: МЕДпресс – информ, 2007. – 32с.
5. Н.Д. Ющук, Н.Н. Островский, Ю.В. Мартынов, С.М. Матвеева, О.Л. Огиенко. Инфекционные и паразитарные болезни в схемах и таблицах. Москва, 2008.
6. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 1056 с.

