# Государственное учереждение

# «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

## **Кафедра инфекционных болезней**

Зав. кафедрою, профессор, д.м.н. Шостакович-Корецкая Л.Р.

Преподаватель……………………………

**СХЕМА**

**ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

**ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО**

**Больной Ф.И.О., возраст:**

**Диагноз заключительный клинический**

***Основной:***

***Осложнения основного:***

***Сопутствующий:***

**Куратор:**

**Начало курации:**

**Окончание курации:**

**Днепропетровск 2012.**

**Паспортная часть.**

Содержит следующие сведения о больном: фамилия, имя, отчество. Возраст. Дата поступления. Дата выписки. Диагнозы: направившего лечебного учреждения; при поступлении; клинический; окончательный: основной, сопутствующие, осложнения. Дата заполнения истории болезни.

В паспортной, полностью указываются фамилия, имя, отчество.

В истории болезни необходимо указывать место работы ,домашний и служебный телефоны. Эти сведения необходимы для своевременного извещения о состоянии больного, дополнительного выяснения данных анамнеза заболевания и жизни, уточнения эпидемиологической ситуации.

**Жалобы больного.**

Следует подробно и точно перечислить субъективные жалобы больного и выяснить самочувствие при поступлении в стационар.

При выявлении жалоб важны не только констатация, но и детализация их: например, характер, интенсивность и локализация головной боли; особенности нарушения сна (бессонница, сонливость, нарушение ритма сна); не только повышение температуры, но и высота ее, наличие ознобов, потливости и др.

При уточнении жалоб нельзя ограничиваться только сообщением больного, необходимо дополнительно выявить жалобы по органам и системам, которые могут быть вовлечены в патологический процесс при том или ином заболевании.

**Анамнез заболевания.**

Выясняются дата заболевания и начало его (постепенное, острое, внезапное), начальные симптомы болезни, особенности их проявления, наличие продромального периода, изменение температуры тела, ее высота, характер температурной кривой; проявление обшей интоксикации (слабость, нарушение работоспособности, головная боль, мышечные боли, нарушение сна и др.).

Обращается внимание на наличие сыпи на коже и слизистых: время ее появления, этапность высыпания, характер элементов сыпи и локализация.

Далее выясняются симптомы поражения отдельных органов и систем. Обращается внимание на динамику выявленных симптомов, т. е. до какого времени болезнь усиливалась в своем развитии, были ли периоды улучшения и ухудшения в течении заболевания.

Уточняются время первичного обращения к врачу, предполагаемый диагноз, результаты проведенных лабораторных и инструментальных методов обследования, характер догоспитальной терапии (прием антибиотиков, химиопрепаратов, бактериофага, специфических сывороток и углобулинов) и ее влияние на динамику болезни.

При переводе больного из другого лечебного учреждения необходимо указать, в сопровождении какого лица (медработника) доставлен больной, уточнить характер возможных реанимационных мероприятий во время транспортировки. Следует уточнить фамилию консультанта-инфекциониста, давшего санкцию на перевод, и воспользоваться его сведениями о состоянии ребенка, предварительном диагнозе и проведенном лечении. Особое внимание надо уделить переводному эпикризу (выписке из истории болезни), который должен содержать в краткой форме полный и последовательный анализ клинико-лабораторных данных больного и объем проведенной терапии. Такие же требования предъявляются и к оформлению направления (талона) на госпитализацию после амбулаторного (поликлинического) наблюдения. При отсутствии необходимых сведений врач приемного отделения должен через сопровождающее больного лицо или по телефону срочно уточнить их.

**Эпидемиологический анамнез.**

Преследует цель выявить возможный источник инфекции, пути заражения, иммунный статус макроорганизма.

Правильно собранный эпиданамнез дает возможность своевременно и правильно поставить диагноз, препятствует возникновению внутрибольничных инфекций.

Данные эпидзнамнеза в ряде случаев позволяют установить вероятные сроки инкубационного периода, определить характер противоэпидемических мероприятий.

При эвакуации санитарным транспортом одновременно нескольких больных (даже с одинаковым диагнозом) врач приемного отделения должен зафиксировать нарушение правил транспортировки, сообщив об этом в региональную СЭС, и принять меры по профилактике возможного развития внутрибольничной инфекции, осуществив раздельную госпитализацию доставленных лиц.

Выявляются наличие контакта с инфекционными больными (дома, у соседей, на работе); пребывание в дороге и в разъездах, контакт с приезжими лицами; проживание в эпидемически неблагоприятной местности в последнее время; уход за животными, случаи заболевания среди животных, участие в охоте; пребывание за границей.

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, состояния мусоропровода, выгребных ям (ящик, контейнер), санитарного состояния окружающей территории.

Большое внимание уделяется вопросам питания: употребление в пишу сырой воды, некипяченого молока, немытых овощей и фруктов, недоброкачественных продуктов; место питания (дома, в столовой), какими продуктами пользуется семья (из магазина, рынка).

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

Учитываются характер работы больного и производственные вредности (парикмахер, продавец, животновод, работа в кожевенной промышленности, контакт с ядохимикатами).

При вирусном гепатите уточняется, переливалась ли кровь или плазма, проводились ли оперативные вмешательства, а также другие манипуляции, сопровождающиеся нарушением целостности кожи или слизистых, в течение последних 6 месяцев до заболевания.

Выясняются иммунологические данные, характеризующие восприимчивость организма к инфекции: сделанные профилактические прививки (какие, когда, сколько раз, время последней прививки); введение лечебных сывороток и специфических у-глобулинов; перенесенные в прошлом инфекционные заболевания (сроки, тяжесть, лечение).

**Анамнез жизни.**

Обращается внимание на состояние здоровья больного, перенесенные им и ближайшими родственниками заболевания (туберкулез, сифилис, алкоголизм, нервно-психические заболевания, злокачественные опухоли, болезни обмена).

У детей и взрослых выясняются перенесенные в прошлом заболевания (когда, какие, течение, осложнения).

У женщин уточняется гинекологический анамнез: время появления, характер и продолжительность менструального цикла; беременность, роды, их количество, мертворождения, врожденные уродства, преждевременные роды, послеродовые заболевания; аборты, их количество (самопроизвольные, искусственные, осложнения).

Обращается внимание на вредные привычки: курение, употребление алкоголя и наркотиков (с какого времени и в каком количестве).

**Аллергологический анамнез.**

Уточняются аллергические заболевания, перенесенные ближайшими родственниками и больным {какие, когда). Выясняются аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты; связь аллергических состояний с местом пребывания больного, временами года и другими факторами внешней среды.

**Объективный осмотр больного.**

*Общее состояние* (удовлетворительное, среднетяжелое, тяжелое). Внешний вид больного: бодрый, угнетенный. Выражение лица (живое, вялое, безучастное, тоскливое, страдальческое, возбужденное, томный взгляд), мимикз, одутловатость, гиперемия, бледность, нормальная окраска, бледный носогубный треугольник, герпетическая сыпь. Телосложение, длина и масса тела. Положение больного в постели: активное, пассивное, вынужденное, положение "легавой собаки", опистотонус и т. д.

*Осмотр кожных покровов* следует производить, полностью раздев больного или обнажая большие поверхности тела. Сначала надо осмотреть лицо, шею, затем туловище и конечности.

*Кожа:* чистая, сухая, влажная; цвет кожи: нормальный, бледный, красный, цианотичный, желтушный (интенсивность, равномерность, оттенок ее - лимонный, шафрановый, охряно-желтый, зеленоватый, землистый), симптом Филипповича. Местный цианоз, акроцианоз. Эластичность, тургор кожи. Воспалительные процессы на коже.

Сыпь: время ее появления, этапность высыпания, локализация, количество (единичные элементы, необильная, обильная или множественная), характерные особенности (розеола, петехия, макула, папула, везикула, пустула). Кроме того, отмечаются эритема, пузыри, язвы, корки, рубцы, пигментация, шелушение (отрубьевидное, пластинчатое, листовидное), телеангиэктазин, "голова медузы", пролежни и другие особенности.

Видимые слизистые и склеры глаз: окраска (нормальная, желтушная), инъекция сосудов склер, энантема, петехии и гиперемия конъюнктив.

Подкожная жировая клетчатка: степень развития (чрезмерная, умеренная, слабая), равномерность распределения жирового слоя.

Отеки: общие, местные (лица, конечностей, шейной клетчатки и др.). Подкожная эмфизема.

*Лимфатические узлы:*подчелюстные, шейные, локтевые, паховые, их величина, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность между собой, с окружающими тканями и кожей, кожа над узлами, изъязвление их.

*Мышечная система:* степень развития (слабая, средняя, чрезмерная), тонус мышц (пониженный, нормальный, повышенный), сила мышц (пониженная, средняя, высокая).Боли в мышцах: самостоятельные, в покое, при движении, болезненность мышц при пальпации, их припухлость. Наличие атрофии мышц (отдельные мышцы или мышечные группы).

*Костно-суставная система*: величина, форма, пропорции мозгового и лицевого черепа (размер и характеристика родничков у детей раннего возраста; краниотабес, наличие бугров на черепе - лобных, теменных и т. д.).

Грудная клетка: форма, симметричность, наличие деформации (сердечный горб, гаррисонова борозда, рахитические четки на ребрах и т. д.).

Позвоночник: форма, наличие сколиоза, лордоза, кифоза, сутулости, осанка.

Конечности: пропорциональные, несоразмерно длинные или короткие, искривления (О- и Х-образные ноги); наличие "браслетов", периоститов.

Кисти и стопы: широкие, узкие; пальцы: длинные, короткие, типа "барабанных палочек". Наличие болезненности костей при пальпации.

Суставы: подвижность (активная, пассивная), объем движений (нормальный, увеличен, ограничен), деформации (костные, реактивный отек), болезненность при движении в суставах, окраска кожи над суставом.

*Органы кровообращения*: сердцебиение, боли в области сердца, одышка.

Пульс и его свойства: частота, ритм (аритмия, дикротия), наполнение, напряжение. Артериальное давление. Пульсация в области больших сосудов, яремной ямке и в подложечной области. Осмотр и пальпация области сердца. Верхушечный толчок: локализация и характер. Перкуторное определение границы относительной и абсолютной сердечной тупости. Перкуссия сосудистого пучка. Аускультация: ритм, характер тонов на верхушке и в основании сердца, наличие шумов.

*Органы дыхания*: боли в груди, их характер, интенсивность, продолжительность.

Кашель: сухой, влажный, лающий; мокрота, ее характерные особенности: количество, жидкая, вязкая, пенистая, слизистая, слизисто-гнойная, кровянистая (прожилки крови, сгустки, равномерность окраски).

Дыхание через нос или рот, движение крыльев носа, выделения из носа (обильные, скудные, жидкие, густые, бесцветные, желто-зеленые, кровянистые), носовые кровотечения, экскориации, корки.

Слизистая оболочка носа: гиперемирована, отечна, покрыта налетами.

Грудная клетка: нормальная, эмфизематозная, деформация. Число дыханий в I мин, глубокое дыхание или поверхностное, втяжение межреберных промежутков и других податливых мест грудной клетки. Данные сравнительной и топографической перкуссии (звук не изменен, укорочение, притупление); верхние и нижние границы легких, дыхательная экскурсия легочного края.

Аускультация легких: характер дыхания (везикулярное, ослабленное, жесткое), хрипы: сухие и влажные (крепитирующие, мелко-, крупнопузырчатые), шум трения плевры. Бронхофония, голосовое дрожание.

*Органы пищеварения*: аппетит, жажда, глотание, сухость во рту, слюнотечение, неприятный вкус, отрыжка, изжога, тошнота, рвота. Боли в животе, метеоризм, запор, понос.

Губы (ярко-красные, синюшные, покрытые корочками и трещинками), слизистая полости рта: окраска (гиперемирована, бледная, желтушная), энантема, налеты, пятна Филатова - Коплика, изъязвления, афты. Свободное открывание рта, тризм. Запах изо рта и его характер. Состояние зубов и десен.

Язык: влажный, сухой, чистый, "лаковый", "малиновый", обложенный; характер налета (густой, поверхностный, белый, серовато-белый, грязно-серый, желто-бурый, темно-коричневый, "фулигинозный"). Язык высовывается свободно или с задержкой, не отклоняется или отклоняется в сторону, есть ли фибриллярные подергивания.

Слизистая зева: окраска, гиперемия (диффузная или ограниченная), отечность.

Небные миндалины: увеличены (I, II, III степень), отечны, изъязвлены, покрыты налетом - сплошным, островчатым, гнойным, фибринозным (пленчатым), некротическим; распространяется ли налет за пределы миндалин; есть ли в лакунах скопления гноя, фолликулы: увеличены и воспалены; боковые лимфатические валики: увеличены (отечны), гиперемированы.

Слизистая оболочка задней стенки глотки: гиперемирована, отечна, покрыта налетом, лимфоидные образования увеличены (зернистость, гранулезный фарингит).

Живот: его величина, форма (нормальный, вздутый, втянутый), участие в акте дыхания.

Перкуссия живота: состояние печеночной тупости, тимпанит, симптом Падалки, наличие выпота.

Пальпация живота: поверхностная и глубокая (мягкий, напряженный, урчание); болезненность, ее локализация; местное и общее напряжение передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины.

Перистальтика кишечника (ослаблена, усилена, видимая на глаз). Состояние сигмовидной, слепой, поперечно-ободочной и подвздошной кишок: кишка вздута или сокращена, уплотнена (инфильтрирована), болезненна, отмечается ли урчание (крупное или мелкое). Пальцевое исследование прямой кишки, осмотр заднего прохода (геморрой, трещины, свищи). Наличие тенезмов и ложных позывов, частота и характер стула.

Кал: объем, консистенция - оформлен, полуоформлен, жидкий, водянистый; цвет - темно- или светло-коричневый, светло-желтый, обесцвеченный (цвета белой глины), зеленоватый (цвета болотной тины), черный, дегтеобразный: запах - обычный, каловый, зловонный, отсутствует; патологические примеси - слизь, гной, кровь (количество, связь с каловыми массами), глисты.

Печень: верхняя и нижняя границы перкуторно по правой срединно-ключичной линии; размеры печени по Курлову (по срединно-ключичной, срединной линиям и левой реберной дуге).

Пальпация печени: характеристика края (острый, закругленный), консистенция (эластическая, плотная, твердая), поверхность (гладкая, бугристая), болезненность.

Пальпация желчного пузыря.

Селезенка: границы перкуторно, пальпаторные данные (увеличение, консистенция, болезненность).

*Мочеполовая система*: мочеиспускание - произвольное, непроизвольное, свободное, затрудненное, болезненное, безболезненное, частота, суточное количество мочи; боли в поясничной области - острые, тупые, ноющие, приступообразные, продолжительность их.

Цвет мочи: соломенно-желтый, насыщенно-желтый, кровянистый, в виде "мясных помоев".

Осмотр поясничной области: выпячивание, припухлость. Симптом поколачивания по поясничной области. Перкуссия и пальпация области мочевого пузыря.

*Нервно-психическая сфера:* сознание сохранено, нарушено, бессознательное состояние, кома, бред, галлюцинации (слуховые, зрительные, вкусовые). Поведение больного, возможность установления с ним контакта, реакция на окружающее, интеллект, настроение. Повышенная возбудимость: эйфория, чрезмерная говорливость; угнетение: вялость, апатия, сонливость. Головные боли, головокружение, сон, память, речь. Менингеальные симптомы: ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний) и др.

Состояние черепно-мозговых нервов. Чувствительность (тактильная, болевая, термическая, глубокая).

Двигательная сфера: повышенная возбудимость, судороги (тонические, клоническне, постоянные или приступами), фибриллярные подергивания, дрожание. Парезы, параличи, мышечная атрофия. Походка.

Нормальные и патологические рефлексы: корнеальный, глоточный, коленный, пяточного сухожилия, брюшной. Оппенгейма, Гордона, Россолимо, Бабинского. Тремор языка, век и кистей.

Дермографизм: белый, красный, степень выраженности, стойкость.

*Органы зрения:* страбизм, птоз, анизокория, нистагм, состояние аккомодации и конвергенции; диплопия, парез взора. Острота зрения, наличие "сетки", "тумана" перед глазами, реакция зрачков на свет. Иридоциклиты, кератиты.

*Органы слуха*: острота, шум в ушах (постоянный, пароксизмальный), гноетечение из ушей, чувствительность или болезненность при давлении на козелок или при поколачнвании по сосцевидному отростку.

*Эндокринная система*: состояние щитовидной железы - величина и консистенция, ширина глазных щелей, блеск глаз, экзофтальм.

*Половые железы*: аномалии развития половых органов, дисфункция желез (нарушение менструального цикла и др.).

**Предварительный диагноз.**

Обоснование его проводится путем анализа жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза и данных объективного обследования больного.

От правильной и своевременной постановки предварительного диагноза, особенно при тяжелых формах заболевания, во многом зависит исход болезни. Часто врач приемного отделения формулирует предварительный диагноз по синдромальному принципу (острый гастроэнтерит, острая кишечная инфекция, острая респираторная вирусная инфекция), что позволяет ему наметить конкретный план лабораторного обследования и определить тактику необходимой терапии до установления окончательного диагноза.

**Диффернциальный диагноз.**

Проводится конкретно относительно заболевания у курируемого больного, должен бать подробным, развернутым и с тремя заболеваниями( одно не инфекционной этиологии). Учитывая анамнестические и клинические данныеследует обосновать необходимость проведения дифференциального диагноза с рядом заболеваний, которые имеют подобные симптомы с болезнью у курируемого больного.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА НЕ УЧИТЫВАЮТСЯ.

**План лабораторного обследования.**

В отдельных случаях необходимость лабораторного обследования возникает уже в приемном отделении больницы, когда надо срочно оценить основные показатели гомеостаза для оказания неотложной терапевтической помощи больному (ДВС-синдром, азотемия, гипо- и гипергликемия, гиповолемия и др.). включая профильные реанимационные центры (гемосорбция, плазмоферез, гемодиализ и т. д.). Лабораторные методы исследования при поступлении больного в стационар проводятся также при срочной дифференциальной диагностике между инфекционными и неинфекционными заболеваниями (вирусные гепатиты и механическая желтуха, менингит и субарахноидальное кровоизлияние, острые кишечные инфекции и острый аппендицит или внематочная беременность и др.).

Для( плановых лабораторных исследований используются общеклинические, биохимические и специальные (иммунологические, инструментальные и др.) методы, обеспечивающие диагностику предполагаемого заболевания и дифференциальную диагностику.

**Обоснование диагноза.**

Проводится исходя из жалоб больного, анамнестических, эпидемиологических, клинических, лабораторных данных и результатов других дополнительных методов исследования с учетом проведенной дифференциальной диагностики. Окончательный диагноз формулируется с указанием формы, тяжести, течения инфекционного процесса с обязательной регистрацией сопутствующих болезней и осложнений основного заболевания в соответствии с общепринятыми принципами классификации.

**Лечение.**

При поступлении в стационар больного в крайне тяжелом состоянии на первый план выступает не организация его приема (выяснение жалоб и анамнестических данных), а оказание неотложной терапевтической помощи.

Плановое лечение инфекционного больного в стационаре должно быть комплексным, включающим этиотропную и патогенетическую терапию, с индивидуальным подходом в зависимости от тяжести, стадии болезни, преморбидного фона и сопутствующей патологии.

**Динамическое наблюдение за больным.**

Дневник отражает течение болезни и предпринятые лечебные мероприятия. В нем ежедневно записываются все субъективные и объективные данные, характеризующие состояние отдельных органов и систем, указывается время исчезновения одних и появления других симптомов. В дневник также вносятся заключения специалистов и консультантов.

Следует придерживаться общепринятой формы ведения дневника с обязательным оформлением температурного листа и условными обозначениями.

**Эпикриз.**

Является краткой выпиской из истории болезни, отражающей основное содержание ее путем анализа выявленных у больного субъективных и объективных данных.В эпикризе указываются фамилия, имя и отчество больного, возраст, дата поступления в клинику, на какой день болезни, с каким диагнозом (брюшной тиф, грипп) и в каком состоянии, жалобы при поступлении, краткий анамнез заболевания и особенности его течения. В клиническом и лабораторном обосновании диагноза кратко излагаются основные проявления болезни, оцениваются тяжесть, клинические особенности и лабораторные данные, подтверждающие диагноз. В эпикризе отражаются также назначенное лечение и его эффективность, течение периода реконвалесценции, исход болезни, основание к выписке из стационара, даются советы больному перед выпиской с указанием сроков и места диспансерного наблюдения.

**Температурный лист.**

**Дополнительная литература.**

**Подпись куратора.**