***Паспортные сведения о больном.***

###### **Ф.И.О**

**Возраст** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Место жительства**

**Профессия** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата госпитализации** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Диагноз направившего учреждения:** Вирусный гепатит.

**Клинический диагноз:** Вирусный гепатит В, желтушный вариант, тяжелая форма.

**Жалобы больной на день курации**: отсутствуют.

**История развития настоящего заболевания:**

Больной себя считает с 25 января 2001 года, когда появилась слабость, недомогание, сухой кашель, насморк, разлитая головная боль, поднялась температура до 38о С. Температура сопровождалась ознобом. С 28.01.01 появилась боль в животе, тяжесть в правом подреберье. Принимала аспирин, но без эффекта, температура и катаральные явления не уменьшились На 6ой день болезни (31.01.01) появилась желтушность склер, пропал аппетит, появилась сухость во рту, потемнела моча. 31.01.01 обратилась к участковому врачу поликлиники по месту жительства. Был выставлен диагноз: вирусный гепатит. Доставлена бригадой скорой помощи в 4-ю инфекционную больницу. В стационаре состояние больной ухудшалось. Нарастали холестатический, геморрагический и цитолитические синдромы. Появилась желтушность кожных покровов. В крови выявлены: Hbs антиген, анти Hbcor, анти Hbe антитела. С 11.02.01 по 17.02.01 посветление кала. 14.02.01 больная была переведена в отделение интенсивной терапии, где находилась по 27.02.01. Проведено 5 сеансов плазмофереза. На фоне лечения состояние больной улучшилось. Исчезла иктеричность кожных покровов.

**Эпидемиологический анамнез:**

Прямые контакты с инфекционными больными отрицает. Контакты с животными отрицает. Случаев заболевания гепатитом среди окружающих больной дома и на работе не было. Социально-бытовые условия удовлетворительные, живет в отдельной квартире. Санитарное состояние жилья удовлетворительное. Соблюдает правила личной гигиены. Парентеральных вмешательств, трансфузий крови, оперативных вмешательств за последние 6 месяцев на было. Употребление наркотиков отрицает.

В октябре 2000 г. посещала стоматолога.

**Анамнез жизни:**

Родилась в г. Второй ребёнок в семье (имеет старшего брата). Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. Учится в школе в 10 классе. Успеваемость средняя.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Вредные привычки: отрицает.

Перенесённые заболевания: ОРЗ, грипп

На лекарственные препараты, пищевые продукты, запахи, химические вещества, применяемые в быту аллергии нет.

Наследственность не отягощена.

**Данные объективного исследования.**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, легко вступает в разговор, выражение лица спокойное, походка обычная, осанка сутуловатая, телосложение нормостеническое. Питание удовлетворительное.

Кожа смуглой окраски, тургор и эластичность снижены. Отмечается краевая субыктеричность склер. Подкожная жировая клетчатка умеренно выражена.

Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы безболезненны, тонус и сила их достаточные.

Целостность костей не нарушена, поверхность их гладкая, болезненность при пальпации и поколачивании отсутствуют.

Суставы внешне не изменены. Конфигурация позвоночника правильная. Движения в суставах и позвоночнике в полном объёме.

***Дыхательная система.***

*Осмотр и пальпация грудной клетки.*

При осмотре грудная клетка правильной формы, симметричная. Ход рёбер обычный, межрёберные промежутки не расширены. Частота дыхания 18 в мин., дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания брюшной.

Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации целостность рёбер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при пальпации грудной клетки не выявляется. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки.

*Перкуссия лёгких.*

1. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный лёгочный звук.
2. При топографической перкуссии:

Нижняя граница легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ориентиры | Справа (ребра) | Слева (ребра) |
| Парастернальная линия  Срединно-ключичная  Передняя подмышечная  Средняя подмышечная  Задняя подмышечная  Лопаточная  Околопозвоночная | Хрящ V ребра  V  VII  VIII  IX  X  XI | VII  VIII  IX  X  XI |

При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

***Сердечно-сосудистая система.***

Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

Сердечный горб и сердечный толчок визуально не определяются. АД 110/70

*При пальпации:* верхушечный толчок определяется слева на 2 см. кнутри от срединно-ключичной линии в области 5 межреберья. Верхушечный толчок невысокий, умеренной силы, шириной 2 см. Феномен «кошачьего мурлыканья» отрицательный.

При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, нормального напряжения, удовлетворительного наполнения, по величине большой, по форме – нормальный, ЧСС 75 уд/мин,

*При аускультации*: тоны сердца приглушены, ритмичны. Патологические шумы не прослушиваются.

*При перкуссии:*

Границы относительной тупости сердца:

Правая - на уровне 4 межреберья проходит по правому краю грудины

Левая - на уровне 5 межреберья на 1,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии

Верхняя - по левой окологрудинной линии на 3 ребре

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - на уровне 4 межреберья проходит по левому краю грудины

Левая - на уровне 5 межреберья на 2,0 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии

Верхняя - по левой окологрудинной линии на 4 ребре

Конфигурация сердца не изменена.

***Желудочно-кишечный тракт.***

Губы физиологичной окраски, слегка влажные, высыпания и трещины не обнаружены, Слизистая полости рта равномерной розовой окраски, язык обычной величины и формы, влажный, розовый, с незначительным белесоватым налетом и выраженными сосочками, мягкое и твердое небо розовые, без пятен и налета, миндалины не увеличены. Неприятный запах изо рта не отмечается, глотание не нарушено. Живот округлый, обе половины симметричны, активно участвуют в акте дыхания, пупок умеренно втянут, кожа живота бледно-розовая, сосудистые звездочки и грыжевые выпячивания не наблюдаются. *При пальпации:* уплотнений и опухолевидных образований не обнаружено, резистентность мышц пресса выражена умеренно. Зона проекции поджелудочной железы безболезненна. Край печени ровный, гладкий, безболезненый пальпируется на 1,5 см. от края реберной дуги. Зона Шоффара безболезненна. Симптомы Курвуазье, Кера, Мерфи, Ортнера – Грекова, Мюсси – Георгиевского отрицательные.

Размеры печени по Курлову:

1 размер (по правой срединно-ключичной линии) – 10 см.

2 размер (по передней срединной линии) – 9 см.

3 размер (по краю левой рёберной дуги) – 7 см.

Стул регулярный (1-2 раза в сутки), оформленный, коричневого цвета.

***Мочеполовая система.***

Поясничная область при осмотре не изменена. Почки в положениях лёжа на спине и стоя не пальпируются. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников безболезненны с обеих сторон. Симптом Пастернацкого отрицательный.

При пальпации мочевой пузырь не выступает за верхний край лобка.

***Нервная система.***

Характер спокойный, устойчивый, дружелюбно относится к медицинскому персоналу. Ориентирован во времени, месте, ситуации. Судороги и непроизвольные движения не наблюдаются, трофических нарушений и болезненность по ходу нервных стволов нет, обоняние и вкус не нарушены, обнаруживается некоторое ослабление слуха.

Движение глазных яблок в полном объеме, зрение нормальное, со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, мимическая мускулатура симметрична, оскала зубов нет, язык располагается посередине.

**Предварительный диагноз:** Вирусный гепатит.

6. *План обследования.*

1. ОАК
2. ОАМ
3. Электрокардиография
4. Биохимический анализ крови
5. Анализ сыворотки крови на наличие антител: HAV IgM, анти HBcor, анти Hbe, HDV.
6. Анализ крови на протромбиновый индекс
7. Коагулограмма
8. УЗИ органов брюшной полости.

**Данные лабораторных и специальных методов исследования:**

1) Общий анализ крови.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели крови | Данные от  (31.01.01) |
| Эритроциты  Гемоглобин  СОЭ  Цветовой показатель  Лейкоциты  Эозинофилы  Нейтрофилы палочкоядерные  Нейтрофилы сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты | 3.5\*1012  110 г/л  5 мм./час  1,0  6.3\*109  2  1  64  30  3 |

2) Общий анализ мочи.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Данные от 31.01.01 |
| Удельный вес  Цвет  Прозрачность  Кислотность  Белок  Лейкоциты  Плоские эпителиальные клетки | 1015  темный  прозрачная  кислая  нет  1-2 в п. з.  Ед в п. з. |

3) Электрокардиография от 02.02.01

Заключение: Ритм синусовый. ЧСС 72 уд/мин. ЭОС вертикальная.

4) Биохимический анализ крови

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели крови | Данные от 01.02.01 |
| Общий белок  Альбумин  АЛАТ  АСАТ  щелочная фосфатаза  Билирубин общ.  Ьилирубин прямой  Тимоловая проба  Холестерин  Глюкоза | 73,0 г/л  44,4%  1540 Ед  1211 Ед  685 Ед/л  69,6 мкмоль/л  45,6 мкмоль/л  20 Ед  2,5 ммоль/л  4,7 ммоль/л |

5) Анализ сыворотки крови на наличие антител: HAV IgM, анти HBcor, анти Hbe, HDV.

02.02.01 антитела к HBC – отриц.

05.02.01 анти HBCor, анти HBCor IgM, анти Hbe – выявлены

05.02.01 анти HAV IgM – отриц.

09.02.01 антитела к HDV – отриц.

6) Анализ крови на протромбиновый индекс

14.02.01 ПТИ 68%

7) Коагулограмма. 16.02.01

Протромбиновое время – 8,9 с. АЧГВ – 11,9 с.

Фибриноген – 1,3 г/л Тромбиновое время – 6,8 с.

8) УЗИ органов брюшной полости.

Печень: ПЗР правой доли – 146 мм., левой доли – 93,8 мм. Структура неоднородная, эхогенность повышена. Селезенка: ПЗР 69,6 мм.

Заключение: УЗИ данные за признаки гепатолиенального синдрома.

**Дифференциальная диагностика:**

## Симптомокомплекс, эпидемиологический анамнез, лабораторно- инструментальные исследования у данного больного позволяют поставить диагноз вирусного гепатита с парентеральным механизмом передачи. Однако некоторые из симптомов при этом симптомокомплексе встречаются и при других заболеваниях, что требует дифференциальной диагностики (между механическими, гемолитическими желтухами, желтушными формами лептоспироза, токсическими гепатитами, болезнью Жильбера).

Механические желтухи могут быть онкологической либо калькулезной этиологии. В первом случае, как правило, продромальный период имеет неспецифические проявления характерные для многих онкологических заболеваний (немотивированная слабость, резкое похудание, снижение аппетита, отвращение к пище в течение достаточно длительного времени - 1-3 месяца). При калькулезной этиологии механической желтухи наблюдаются признаки заболевания желчевыводящих путей (например возникновение желтухи после приступа печеночной колики, положительные симптомы Курвуазье, Кера, Мерфи, Ортнера – Грекова, Мюсси – Георгиевского), в то время как у нашей больной имелся четкий продромальный период, протекавший по типу гриппоподобного и астеновегативного синдрома в течение 6 дней, без выраженного похудания и симптомов поражения желчевыводящих путей.

## При онкологических заболеваниях в частности при раке большого дуоденального сосочка и при раке головки поджелудочной железы желтуха может носит реммитирующий характер, что объясняется распадом опухоли, а часто достаточной подвижностью опухолевого образования. Также при механической желтухе онкологической этиологии часто выявляется симптом Курвуазье (пальпируемый безболезненный увеличенный желчный пузырь в сочетании с желтухой), чего нет у пациентки.

## Для механических желтух характерны лабораторные данные - гипербилирубинемия, резкое повышение щелочной фосфатазы, и незначительное повышение активности в крови индикаторных ферментов печени (АЛТ, АСТ, ЛДГ и др.) в то время как для гепатитов (одним из основных патогенетических механизмов которых является цитолиз) характерно повышение индикаторных ферментов наряду с гипербилирубинемией и повышением активности щелочной фосфатазы. При серологическом исследовании при гепатитах находят различные маркеры вирусной инфекции, в то время как при механической желтухе они отсутствуют.

## При вирусном гепатите и желтушной форме лептоспироза, выявляется желтуха, болезненная увеличенная печень, высокая билирубинемия. Для лептоспироза характерна летне-осенняя сезонность. Также важны данные эпидимиологического анамнеза: купание в загрязненных водоемах, контакт с животными примерно за 30 дней до заболевания, что больная отрицает. Также различны и преджелтушные периоды у этих заболеваний. При лептоспирозе токсические проявления выражены ярче и имеют особенности: больные жалуются на высокую температуру тела, сильную головную боль, большую слабость; очень характерны - миалгии (для лептоспироза вообще характерен полимиалгический синдром), особенно икроножных мышц; температура держится весь преджелтушный период, при этом могут выявляться герпетические высыпания, полиморфная сыпь, увеличение лимфатических узлов. Этих симптомов у нашей больной не выявлено. При гепатитах гриппоподобной форме преджелтушного периода (у нашего больного) лихорадка также встречается, наблюдаются жалобы на головные боли, общую слабость, боли в мышцах и суставах. Но для лептоспироза характерна цикличность лихорадки, а при вирусном гепатите лихорадка исчезает в конце продромального периода. При лептоспирозе в желтушном периоде могут быть выявлены геморрагический синдром и поражение почек (анурию, болезненность в поясничной области, протеинурию, азотемию), чего нет у нашего больного.

## Окончательно отдифференцировать эти заболевания позволяют лабораторные методы. В клиническом анализе крови при гепатите вирусной этиологии выявляем лейкопению, нерезкое повышение СОЭ. При лептоспирозе в крови определяется нейтрофильный лейкоцитоз и ускоренная СОЭ. При гепатитах – лейкопения, СОЭ нормальная или незначительно повышена. Очень важны биохимические показатели: при высоком уровне билирубина при лептоспирозе умеренно повышена активность АлАТ и АсАТ, в отличии от гепатита.

## Решающим в дифференциальной диагностике является лабораторное исследование, направленное на выявление возбудителя (бактериологический, серологический). Из серологических методов при лептоспирозе применяют РМА и РАЛ, которые позволяют определить в сыворотке крови специфические агглютинины и лизины. Также при лептоспирозе можно выявить возбудитель при микроскопии в темном поле. При вирусном гепатите определяют вирусные маркеры. В данном случае у нашего пациента выявлены анти HBCor IgM, анти Hbe антитела. Таким образом на основании различий в эпидемиологическом анамнезе, клинической картине течения заболевания(различное протекание преджелтушного и желтушного периодов), на основании различий в объективном и лабораторном исследовании диагноз лептоспироз может быть отвергнут из ряда возможных у нашего больного.

Исключить гемолитическую желтуху можно на основании того,что у пациентки отмечено повышение обеих фракций билирубина, но доминирует конъюгированная фракция, что не характерно для надпеченочной желтухи, где основным критерием является значительное увеличение несвязанного билирубина.

Также имеются различия в клинической картине вирусного гепатита и гемолитической желтухи. Последняя развивается медленно, имеет длительный «продромальный период». Ввиду того, что у больных развивается анемия, они быстро утомляются при незначительной физической нагрузке, возникает одышка, учащается сердцебиение. Желтушность у больных с гемолитической анемией возникает на фоне бледных кожных покровов. Из-за массивного гемолиза у них наблюдается спленомегалия

Помимо этого в картину гемолитического криза не вписываются симптомы поражения печени с выраженными цитолитическими процессами с выходом в периферическую кровь специфических ферментов печени.

В анализах крови больных с гемолитической желтухой отмечается снижение числа эритроцитов, повышенный цветовой показатель, выраженный ретикулоцитоз.

Токсические гепатиты могут быть вызваны действием на печень гепатотоксичных лекарственных препаратов, алкоголя.

Клинически при токсических гепатитах отсутствует продромальный период, желтуха менее выражена.

В анамнезе не удалось получить каких-либо данных, которые свидетельствовали бы о возможности развития у пациента лекарственного гепатита: больная не получала лечение противотуберкулезными препаратами (ГИНК, ПАСК, этионамид, протионамид и др.), транквилизаторами, антибиотиками тетрациклиновой группы, гормонами, не отмечен в анамнезе наркоз фторотаном. Для лекарственного гепатита характерно преобладание холестаза над цитолизов (у больной выражены оба процесса).

Необходимо исключить гипербилирубинемию типа Жильбера.

По механизму это наследственная, неконъюгированная, негемолитическая желтуха. В основе ее лежит недостаточность глюкуронилтрансферазы, что приводит к неспособности гепатоцитов усваивать неконъюгированный билирубин или превращать моноглюкуронид билирубина в диглюкуронид. Заболевание дебютирует в детстве или в среднем возрасте у людей интеллектуального труда.

Печень несколько увеличена, функция сохранена, билирубин до 40

ммоль/л, исключительно неконъюгированный. Увеличение селезенки нехарактерно. Проявлению заболевания может способствовать

перенесенный вирусный гепатит. Учитывая все вышесказанное диагноз болезни Жильбера сомнителен в данном случае, так семейный анамнез больной не отягощен, повышены обе фракции билирубина.

***Клинический диагноз и его обоснование:***

Вирусный гепатит В, желтушный вариант, тяжелая форма.

Диагноз поставлен на основании:

1. *жалоб:* на. слабость, недомогание, насморк, разлитая головная боль, повышение температуры тела до 38о С, желтушность склер, потемнение мочи, посветление кала.
2. *анамнеза:* 25 января 2001 года появилась слабость, недомогание, сухой кашель, насморк, разлитая головная боль, поднялась температура до 38о С. Температура сопровождалась ознобом. С 28.01.01 появилась боль в животе, тяжесть в правом подреберье. Принимала аспирин, но без эффекта, температура и катаральные явления не уменьшились На 6ой день болезни (31.01.01) появилась желтушность склер, пропал аппетит, появилась сухость во рту, потемнела моча
3. *данных объективного исследования:* краевая субыктеричность склер, при пальпации печень на 1,5 см от края реберной дуги.
4. *данных лабораторно-инструментальных исследований:*

биохимический анализ крови 01.02.01:

АЛАТ 1540 Ед, АСАТ 1211 Ед, щелочная фосфатаза 685 Ед/л, билирубин общий 69,6 мкмоль/л, билирубин прямой 45,6 мкмоль/л

05.02.01 анти HBCor, анти HBCor IgM, анти Hbe – выявлены

УЗИ органов брюшной полости: данные за признаки гепатолиенального синдрома.

**Лечение:**

Принципы лечения вирусного гепатита: основу лечения составляют - режим, диета, медикаментозная терапия.

Режим - постельный

Режим и его организация имеют важное значение в успехе лечения

больных вирусным гепатитом. Соблюдение постельного режима уменьшает расход гликогена в организме, создает благоприятные условия для кровоснабжения печени и восстановления печеночных клеток.

Длительность постельного режима определяется по индивидуальным показаниям.

Диета – стол № 5

Первостепенное место в лечении занимает рациональное питание. Суточный рацион должен включать: белков - до 100 грамм, жиров - 60-80 грамм, углеводов - 500 грамм. Количество жидкости до 2-3 литров в день

Медикаментозное лечение:

1. Раствор глюкозы (Sol. Glucosae).

Применяется для нормализации обменных процессов в печени, улучшения ее антитоксической функции.

Rp. Sol. Glucosae 10% - 400 ml

D.S. Внутривенно капельно.

2. Раствор натрия хлорида изотонический (Sol. Natrii chloridi 0,9%).

Применяется при обезвоживании организма, используется также в качестве дезинтоксикационного средства.

Rp. Sol. Natrii chloridi 0,9% - 400 ml

D.S. Внутривенно капельно.

В лечение обязательно назначение витаминов - тиамина, рибофлавина, пиридоксина, никотиновой и аскорбиновой кислот. С целью усиления метаболических процессов рекомендуется назначать коферменты - кокарбоксилазу, АТФ.

3. Дезинтоксикационная терапия (гемодез 250 мл/сут).

4. Ингибиторы протеаз: контрикал, гордокс.

5. Ферментные препараты (фестал).

6. Препараты улучшающие метаболизм гепатоцитов: эссенциале

7. Гепатопротекторы (легалон).

# Дневник

17.03.01 Состояние больной удовлетворительное , сознание ясное, положение активное. Жалоб нет.

Объективно: пульс 68 уд/мин, АД 110/80. При осмотре выявлена краевая субыктеричность склер. При аускультации в легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Дизуретических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.

Больному назначено: режим, диета, соответствующее лечение.

20.03.01 Состояние больной удовлетворительное , сознание ясное, положение активное. Жалоб нет.Объективно: пульс 70 уд/мин, АД 110/80. При осмотре определяется краевая субыктеричность склер. При аускультации в легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Дизуретических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.

23.03.01 Состояние удовлетворительное , сознание ясное, положение активное. Жалоб нет.

Объективно: пульс 74 уд/мин, АД 120/80. При осмотре выявлена краевая субыктеричность склер. При аускультации в легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Дизуретических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.

**Эпикриз (этапный).**

Больная находится на стационарном лечении в 4-ой инфекционной больнице с \_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом: Вирусный гепатит В, желтушный вариант, тяжелая форма.

Поступила с жалобами на слабость, недомогание, сухой кашель, насморк, разлитую головную боль, температуру до 38о С, озноб, тяжесть в правом подреберье. В стационаре состояние больной ухудшалось. Нарастали холестатический, геморрагический и цитолитические синдромы. Появилась желтушность кожных покровов. В крови выявлены: Hbs антиген, анти Hbcor, анти Hbe антитела. С 11.02.01 по 17.02.01 посветление кала. 14.02.01 больная была переведена в отделение интенсивной терапии, где находилась по 27.02.01. Проведено 5 сеансов плазмофереза. На фоне лечения состояние больной улучшилось. Исчезла иктеричность кожных покровов. Назначено лечение: Sol. Glucosae 10% - 400 ml, Sol. Natrii chloridi 0,9% - 400 ml, дезинтоксикационная терапия (гемодез 250 мл/сут), ингибиторы протеаз: контрикал, гордокс. ферментные препараты (фестал), препараты улучшающие метаболизм гепатоцитов: эссенциале, гепатопротекторы (легалон).

На фоне проводимого лечения состояние больной улучшается. Рекомендовано продолжение терапии до полного клинико-лабораторного выздоравления.

# ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни при соответствующем лечении благоприятный. Прогноз для полного выздоровления благоприятен при соблюдении режима, диеты и при адекватном лечении.

**Рекомендовано:** наблюдение в течении месяца после выписки из стационара, приступить к учебе через 1 месяц после выписки, но необходимо освобождение от занятий спортом на срок от 3 до 12 месяцев. В период реконвалесценции лечебная физкультура, в дальнейшем санитарно-курортное лечение ("Трускавец","Миргород").

После выписки из стационара необходимо диспансерное наблюдение у врача по месту жительства через 1, 3, 6 и 12 мес.

Необходимо 3 мес соблюдать диету N 5, и в дальнейшем избегать жареных, острых блюд и т.п. Не рекомендуется употребление алкоголя.

**Правила выписки реконвалесцента из стационара**

Выписка из стационара должна быть произведена не ранее 21 дня от начала желтухи или не ранее 28 дней от начала заболевания при условии нормализации клинической картины и биохимических показателей: печень выступает из-под реберной дуги не более чем на 2 см, желтуха отсутствует, уровень АЛТ крови менее 2 ммоль/л.

Литература:

1. Лекционный материал.
2. Е.П. Шувалова «Инфекционные болезни.» М-1990
3. Н.Д. Ющук «Лекции по инфекционным болезням» М -1999
4. А.Ф. Блюгер Вирусный гепатит. Рига, 1978
5. А.Н. Окороков «Лечение болезней внутренних органов». Витебск, 1998 г.
6. В.И. Маколкин «Внутренние болезни». Москва, «Медицина» 1987 г.
7. В.К. Султанов «Исследование объективного статуса больного» СПб, 1997 г.
8. Схема оформления истории болезни инфекционного больного.