**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

 **ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

 **КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ**

 Зав. кафедрой доцент В.Ф. Чернобровый

 Преподаватель асс. С.Е. Лебедев

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

 X, **17 лет**.

 Клинический диагноз: Острый вирусный гепатит В,

 желтушный период,

 течение средней тяжести.

 Куратор: Студент 8 группы IV курса

 общеврачебного факультета

 Башлачев Андрей Александрович.

 Дата курации: 8/IX 1997 г.

 ИВАНОВО - 1997

**I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Ф.И.О.: x

Пол: женский.

Возраст: 17 лет.

Национальность: русская.

Основная профессия: воспитатель детского сада.

Место работы: Лежневский детский сад.

Место жительства: пос. Лежнево, ул. Урожайная, д.28.

Поступление в клинику: 7 сентября 1997 г.

Направительный диагноз: вирусный гепатит.

**II. ЖАЛОБЫ**

1. Жалобы при поступлении в клинику.

Жалобы на дискомфорт в правом подреберье, эпигастральной области, периодические боли, не связанные с приемом пищи, тошноту, темную мочу, слабость, снижение аппетита.

2. Жалобы на день курации.

На день курации больная предъявляет те же жалобы.

**III. ANAMNESIS MORBI**

Со слов пациентки, первые симптомы заболевания появились утром 5/IX 1997 г., когда температура повысилась до 37,5 градусов Цельсия, появились боли в эпигастральной области, пропал аппетит. К вечеру температура поднялась до 38 градусов Цельсия. Пациентка заметила, что моча потемнела. Для снижения температуры принимала аспирин. 6/IX температура была повышена (37,5-38 градусов Цельсия), боли сохранились, появилась тошнота, слабость. Рвоты не было. 7/IX состояние такое же. Цвет кожных покровов не изменялся, высыпаний, зуда не было. Пациентка обратилась к врачу и была госпитализирована в инфекционное отделение 1 гор. больницы с диагнозом 'вирусный гепатит'.

**IV. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Контакт с двумя больными вирусным гепатитом, которые были госпитализированы в 1 гор. больницу в конце июля и 2 сентября 1997 года.

Из медицинских манипуляций за период, предшествовавший заболеванию, отмечает врачебный осмотр при приеме на работу (включая гинекологический осмотр, взятие крови на анализ).

**V. ANAMNESIS VITAE**

Пациентка росла и развивалась соответственно возрасту. В детстве болела простудными заболеваниями. В настоящее время отмечает появление herpes labialis при переохлаждении. Туберкулез, гепатит, вензаболевания отрицает.

Проживает в частном доме.

 Материально-бытовые условия удовлетворительные. Предпочтений в пище нет.

Половой жизнью не живет.

Наследственность не отягощена.

**VI. АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Реакций на лекарства, профилактические прививки или другие аллергены у себя или родственников не отмечает.

**VII. STATUS PRAESENS**

**1. Общее состояние больной.**

Общее состояние удовлетворительное, самочувствие удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост - 170 см. Масса - 53 кг. Телосложение по нормостеническому типу, пропорциональное. Патологических изменений головы нет. Температура тела 36,8.

**2. Состояние кожных покровов**.

Кожные покровы смуглые, чистые, несколько влажные. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно, распределена равномерно. Толщина кожной складки на передней поверхности живота 2 см. Консистенция упругая. Тургор мягких тканей сохранен. Пастозности и отеков нет.

Патологических элементов нет. Ногти не изменены.

Отмечается субиктеричность видимых слизистых и склер.

**3. Состояние лимфатических узлов**.

Видимого увеличения затылочных, заушных, подчелюстных, подбородочных, задних и передних шейных, над- и подключичных, торакальных, подмышечных, локтевых, паховых и подколенных лимфатических узлов нет. При пальпации передние шейные, подмышечные, паховые узлы округлые, до 1 см, эластичные, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающей тканью.

Остальные группы узлов не пальпируются.

**4. Костно-мышечная система.**

Развитие мышц туловища и конечностей умеренное. Одноименные группы мышц развиты симметрично. Атрофии и гипертрофии мышц нет. Тонус сгибателей и разгибателей конечностей сохранен. Парезов и параличей нет. Мышечная сила выраженная, болезненность при пальпации отсутствует.

Костный скелет пропорциональный, симметрично развитый, телосложение правильное. Болезненность при пальпации грудины, трубчатых костей, позвоночника отсутствует. Конфигурация суставов не изменена. Припухлостей, отеков нет. Болезненности при пальпации суставов нет. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен.

**5. Система органов дыхания.**

Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса, афонии, кашля нет.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений - 20/мин., дыхание грудное. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная.

При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голосовое дрожание слабое, в симметричные участки легких проводится одинаково. При сравнительной перкуссии над симметричными участками легких выслушивается ясный легочный звук.

При аускультации в симметричных точках выслушивается везикулярное дыхание; бронхофония ясно не выслушивается; побочных дыхательных шумов не обнаружено.

**6. Сердечно-сосудистая система.**

Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмичный. Частота пульса 80 ударов/мин. Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст.

Верхушечный толчок локализован в V межреберье, ширина - 2 см, не резистентный. Сердечный толчок не определяется. Надчревная пульсация не наблюдается.

Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Акцентирования, патологических шумов, расщеплений и раздвоений тонов нет.

**7. Система органов пищеварения**.

Аппетит снижен. Акты жевания, глотания и прохождения пищи по пищеводу не нарушены. Отрыжки, изжоги нет. При повышении температуры отмечается тошнота, рвота. Стула не было.

Зев, миндалины, глотка без изменений. Язык покрыт серовато-белым налетом. Слизистые влажные, отмечается их субиктеричность.

Форма живота округлая. Перистальтика не нарушена. Живот участвует в акте дыхания. Асцита нет.

При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпанический звук, в области печени и селезенки - бедренный звук.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, отмечается болезненность в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Имеется незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки. Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

Результаты глубокой скользящей пальпации:

- сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 3 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

- восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащие.

- большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см выше пупка, отмечается дискомфорт при пальпации; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

Верхняя граница печени совпадает с нижней границей правого легкого, нижняя проходит ниже правой реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 10, 9, 8 см. Нижний край печени пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, эластичный, закругленный, болезненный. Поверхность ровная, гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные.

Селезенка не пальпируется. Перкуторно: продольный размер - 8 см, поперечный -

4 см.

Аускультативно перистальтические шумы обычные.

**8. Мочеполовые органы.**

Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице, промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено. Дизурии, ночных мочеиспусканий нет. Моча темная. Отеков нет. Болезненности при надавливании на поясницу нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь безболезненный.

**9. Эндокринная система.**

Потоотделение не усилено, дрожания конечностей нет. Волосяной покров распределен равномерно. Щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы тиреотоксикоза не наблюдаются. Аномалий в телосложении и отложении жира нет.

**10. Нервная система.**

Память, сон не нарушены. Сознание ясное. Отношение к болезни адекватное. Нарушений слуха, вкуса, обоняния нет.

Зрачковые рефлексы в норме. Нистагма нет. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию соответствующая. Сухожильные рефлексы живые, патологических рефлексов, клонусов нет. Менингеальные симптомы отрицательные. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена.

**VIII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Наличие у больной интоксикационного (лихорадка, слабость) и диспепсического (снижение аппетита, боли в эпигастральной области и правом подреберье, тошнота) синдромов позволяет заподозрить кишечную инфекцию. Увеличение размеров печени свидетельствует о ее генерализованном характере.

Потемнение мочи (холурия) и иктеричность склер и слизистых говорит о нарушении обмена желчных пигментов, которое, возможно, вызвано поражением печени (гепатит).

В эпидемиологическом анамнезе имеются данные как о контакте с больными вирусным гепатитом, так и о медицинских манипуляциях.

Таким образом, на основании данных анамнеза и объективного обследования можно предположить у пациентки вирусный гепатит, однако не вполне ясно, какой именно (А или В).

**IX. ПЛАН ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Для подтверждения диагноза необходимо провести следующие исследования:

- общий анализ мочи

- общий анализ крови

- биохимический анализ крови

- серологические методы (РИА, ИМФ) с целью обнаружения специфических маркеров: IgM анти-ВГА или анти-HBs, HBsAg.

**X. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Исследование мочи от 8/IX 97г.

Цвет насыщенно желтый

Реакция кислая

Удельный вес - мало мочи

Мутная

Белок - 0,66 г/л

Сахар - отрицательно

Ацетон - слабо положительно

Желчные пигменты - отрицательно

Уробилин - резко положительно

Эпителиальные клетки плоские - много

Лейкоциты - 6-10-12 в поле зрения

Слизь - много

Заключение: изменение окраски (холурия), мутность, протеинурия, ацетонурия (?), уробилинурия, повышенное содержание плоских эпителиальных клеток и лейкоцитов.

2. Биохимический анализ крови от 8/IX 97г.

Билирубин общий - 50,2 мкмоль/л

 прямой - 35,9 мкмоль/л

АЛТ - 4,6 ммоль/л

Сулемовая проба - 1,88 мл

Тимоловая проба - 5 ед.

Заключение: гипербилирубинемия, повышение активности АЛТ, тимоловая проба - верхняя граница нормы.

3. Исследование крови на антигены от 8/IX 97г.

Заключение: обнаружен HBsAg.

4. Кровь на реакцию Вассермана от 8/IX 97г.

Заключение: отрицательно.

5. Общий анализ крови от 9/IX 97г.

Эритроциты - 4,32 Т/л

Гемоглобин - 133 г/л

Цветовой показатель - 0,8

Лейкоциты - 7,4 Г/л

Палочкоядерные - 1%

Сегментоядерные - 49%

Лимфоциты - 39%

Моноциты - 5%

СОЭ - 3 мм/час

Заключение: снижение цветового показателя, лимфоцитоз.

6. Биохимический анализ крови от 10/IX 97г.

Билирубин общий - 64,6 мкмоль/л

 прямой - 50,2 мкмоль/л

АЛТ - 6,7 ммоль/л

Сулемовая проба - 1,68 мл

Тимоловая проба - 18 ед.

Заключение: гипербилирубинемия, повышение активности АЛТ, повышение значения тимоловой пробы, снижение - сулемовой пробы.

**XI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Вирусные гепатиты А и В необходимо дифференцировать между собой, а также с механической (подпеченочной) желтухой, так как данные заболевания имеют сходную клиническую картину:

- иктеричность склер, слизистых, кожных покровов;

- изменение окраски мочи (холурия);

- гипербилирубинемия.

В то же время у больной имеются следующие признаки, нехарактерные для механической желтухи:

- тупые несильные боли в эпигастрии и правом подреберье;

- незначительное увеличение размеров печени;

- повышение активности ферментов (АЛТ) в сыворотке крови (синдром

цитолиза);

- некоторое повышение значения тимоловой пробы (мезенхимально-

воспалительный синдром);

- гипербилирубинемия за счет обеих фракций билирубина (непрямой,

прямой).

Кроме того, у больной отсутствуют такие характерные для механической желтухи признаки, как:

- интенсивный кожный зуд;

- частые интенсивные боли (при наличии камня в протоке или опухоли);

- значительное увеличение печени;

- гипербилирубинемия за счет непрямой фракции билирубина.

В эпидемиологическом анамнезе больной имеются указания на возможность заражения как вирусным гепатитом А (общение с больными вирусным гепатитом и возможность контактно-бытового пути заражения), так и гепатитом В (медицинские манипуляции). Однако, в крови больной обнаружен HBsAg, что является неоспоримым признаком вирусного гепатита В.

**XII. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

**Клинический диагноз:**

Острый вирусный гепатит В, желтушный период, течение средней тяжести.

Диагноз основывается на следующих данных:

1. Острое начало заболевания.

2. Наличие у больной интоксикационного и диспепсического синдромов.

3. Наличие дискомфорта, тупых несильных болей в эпигастрии и правом подреберье.

4. Признаки нарушения пигментного обмена - гипербилирубинемия (за счет обеих фракций билирубина), холурия (уробилинурия), иктеричность склер и слизистых.

5. Повышение активности АЛТ в сыворотке крови (синдром цитолиза), повышение значения тимоловой пробы и снижение значения сулемовой пробы (мезенхимально-воспалительный синдром).

6. Обнаружение в крови HBsAg.

7. В анамнезе - медицинские манипуляции, повлекшие за собой парентеральный путь заражения.

Пункты 1-5 свидетельствуют о наличии у больной острого вирусного гепатита. Пункт 4 говорит о желтушном периоде заболевания, выраженность биохимических изменений - о средней тяжести течения. Из пунктов 6 и 7 следует, что это гепатит В.

Вспомогательным диагностическим признаком является относительный лимфоцитоз.

**XIII. ПАТОГЕНЕЗ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ**

Возбудитель заболевания - вирус гепатита В (ВГВ).

Повреждение печени определяется силой и характером иммунного ответа на экспрессию антигенов ВГВ.

В генезе цитолиза существенная роль отводится иммуно-патологическим реакциям, индуцированным вирусными антигенами в мембранах гепатоцитов.

При иммунном воспалении в печени развиваются цитолитический, мезенхимально-воспалительный и холестатический синдромы.

Наблюдается гидропическая дистрофия гепатоцитов, ступенчатые некрозы.

**XIV. ЛЕЧЕНИЕ**

Режим постельный.

Поскольку этиотропные средства полностью не изучены и не используются, наиболее реальной формой врачебной помощи является рациональная коррекция общих и частных повреждений в организме, то есть лечение носит патогенетический и симптоматический характер.

С целью разгрузки печени необходимо назначить диету N 5 (белка 80-100 г, жиров 80 г, углеводов 450-500 г; 3000-3500 ккал).

Рекомендуется достаточное количество жидкости, можно использовать щелочные минеральные воды. При необходимости назначают внутривенно физиологический раствор, раствор глюкозы (при анорексии).

В тяжелых случаях следует назначить инфузионную дезинтоксикационную терапию.

Алкоголь, все лекарства, особенно наркотики, анальгетики, транквилизаторы, должны быть исключены. Седативные препараты также не должны назначаться, так как их выведение печеночными клетками нарушено.

**Патогенетическая терапия.**

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.

**Симптоматическая терапия.**

При повышении температуры до 38 градусов Цельсия применяется литическая смесь (анальгин + димедрол). Анальгин (Analginum) обладает выраженным жаропонижающим действием, снимает болевые ощущения. Димедрол (Dimedrolum) обладает десенсибилизирующим, седативным и легким снотворным действием.

Rp.: Sol. Analgini 50% \_\_

 Sol. Dimedroli 1% aa 2 ml

 D.S. Внутримышечно при повышении температуры до 38 градусов.

**XV. 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.

**XVI. ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Прогноз для жизни, восстановления здоровья, трудоспособности, как правило, благоприятный, однако возможно развитие хронического гепатита или возникновение различных осложнений.

После выписки из стационара необходимо диспансерное наблюдение 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.

**XVII. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ**

9/IX 97 г.

Пульс - 60/мин, частота дыхания - 18/мин, температура утром 36,6, вечером 38,6.

Общее состояние удовлетворительное.

Жалобы на сохраняющийся дискомфорт в эпигастрии, отсутствие аппетита, слабость. При повышении температуры - тошнота, рвота. Моча темная. Стула не было.

Назначения:

- Диета N 5.

- Sol. Glucosae 10% 400 ml внутривенно.

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

- Sol. Analgini 50%, Sol. Dimedroli 1% по 2 ml внутримышечно при повышении температуры до 38 градусов.

10/IX 97 г.

Пульс - 60/мин, частота дыхания - 16/мин, температура утром 36,6, вечером 37.

Общее состояние удовлетворительное.

Боли в эпигастрии уменьшились, появляются под вечер; жалобы на отсутствие аппетита, слабость. Усиливается иктеричность склер и слизистых. Несколько увеличилась печень. Болезненность при пальпации эпигастрия и печени. Моча темная. Стула не было.

Назначения:

- Диета N 5.

- Sol. Glucosae 10% 400 ml внутривенно.

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

- Sol. Analgini 50%, Sol. Dimedroli 1% по 2 ml внутримышечно при повышении температуры до 38 градусов.

11/IX 97 г.

Пульс - 72/мин, частота дыхания - 16/мин, температура утром 36,6.

Общее состояние удовлетворительное.

Слабые боли в эпигастрии появляются под вечер при повышении температуры; жалобы на слабость; появляется аппетит. Усиливается иктеричность склер и слизистых. Несколько увеличилась печень. Болезненность при пальпации эпигастрия и печени. Моча темная. Стул нормальный.

Назначения:

- Диета N 5.

- Sol. Glucosae 10% 400 ml внутривенно.

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

- Sol. Analgini 50%, Sol. Dimedroli 1% по 2 ml внутримышечно при повышении температуры до 38 градусов.

**XVIII. ЭПИКРИЗ**

x, 17 лет, находится на стационарном лечении в инфекционном отделении 1-й городской больницы по поводу острого вирусного гепатита В, в желтушном периоде, со средней степенью тяжести течения.

Больная поступила с жалобами на дискомфорт в правом подреберье, эпигастральной области, периодические боли, не связанные с приемом пищи, тошноту, темную мочу, слабость, снижение аппетита.

При объективном обследовании обнаружена иктеричность склер и слизистых, болезненность при пальпации эпигастральной области, увеличение размеров и болезненность при пальпации печени.

Были проведены следующие исследования: биохимический анализ крови (заключение: гипербилирубинемия, повышение активности АЛТ, тимоловая проба - верхняя граница нормы), общий анализ мочи (заключение: изменение окраски (холурия), мутность, протеинурия, ацетонурия (?), уробилинурия, повышенное содержание плоских эпителиальных клеток и лейкоцитов), исследование крови на антигены (заключение: обнаружен HBsAg), исследование крови на реакцию Вассермана (заключение: отрицательно) общий анализ крови

(заключение: снижение цветового показателя, лимфоцитоз), биохимический анализ крови (повторный) (заключение: гипербилирубинемия, повышение активности АЛТ, повышение значения тимоловой пробы, снижение - сулемовой пробы).

Назначено следующее лечение: р-р глюкозы 10% и р-р натрия хлорида 0,9% по 400 мл внутривенно; при повышении температуры до 38 градусов Цельсия - р-р анальгина 50% и р-р димедрола 1% по 2 мл внутримышечно. Лечение переносится без осложнений.

За период наблюдения отмечено изменение состояния: боли в эпигастрии уменьшились, тошнота беспокоит реже. Сохраняется вечернее повышение температуры. Усилилась иктеричность склер и слизистых. Несколько увеличилась печень.

Рекомендовано:

1. Продолжать назначенное лечение.

2. После выписки из стационара - диспансерное наблюдение через 1, 3, 6 и 12 мес.

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

.

**XIX. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

\* Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н. Вирусные гепатиты.- Рига: Звайгзне,

 1988.- 411 с.

\* Дунаевский О.А. Дифференциальная диагностика заболеваний печени.

 Изд. 2-е, перераб. и доп.- Л.: Медицина, 1985.-264 с.

\* Жданов В.М., Ананьев В.А., Стаханова В.М. Вирусные гепатиты/АМН

 СССР.- М.: Медицина, 1986.-256 с.

\* Комаров Ф.И., Кукес В.Г., Сметнев А.С. и др. Внутренние болезни.

 Учебник. Изд. 2-е, перераб. и доп.- М.: Медицина, 1991.-688 с.

\* Машковский М.Д. Лекарственные средства. Изд. 8-е, перераб. и

 дополн.- М.: Медицина, 1977, т. I, II.

\* Подымова С.Д. Болезни печени. Руководство для врачей. Изд. 2-е,

 перераб. и доп.- М.: Медицина, 1993.-544 с.

\* Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты.- Л.: Медицина. Ленингр.отд-ние,

 1987.- 262 с.

\* Чернобровый В.Ф., Воронина Н.А. Клиническое обследование и

 ведение истории болезни в инфекционном стационаре. Методические

 указания для студентов, интернов, клинических ординаторов и

 врачей-инфекционистов.- Иваново, 1994.- 16 с.

\* Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. Учебник. Изд. 3-е, перераб. и

 доп.- М.: Медицина, 1990.-560 с.

1. **ДАТА**

 Подпись куратора

11 сентября 1997 года.