

Министерство науки и высшего образования РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Медицинский факультет имени Т.З. Биктимирова
Кафедра дерматовенерологии и инфекционных болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ И САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.02 «ПЕДИАТРИЯ»**

Методическое пособие

Ульяновск, 2024

УДК
ББК
К

*Печатается по решению Ученого совета
Института медицины, экологии физической культуры
Ульяновского государственного университета*

Разработчик – доцент кафедры дерматовенерологии и инфекционных болезней, к.м.н. Ильмухина Л.В. доцент кафедры дерматовенерологии и инфекционных болезней, к.м.н. Саранская Я.Е.

Рецензент – профессор кафедры факультетской терапии Разин В.А.

Методическое пособие для организации практических занятий студентов по учебной дисциплине «Инфекционные болезни».- Ульяновск, УлГУ, 2024.

Методическое пособие подготовлено в соответствии с требованиями рабочей программы и содержит методические указания по основным разделам дисциплины «Инфекционные болезни» согласно действующему учебному плану. Методическое пособие предназначено для студентов медицинского факультета, обучающихся по специальности 31.05.02 «Педиатрия».

Цели и задачи освоения дисциплины

Цели освоения дисциплины: формирование знаний, умений сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия инфекционного заболевания с целью проведения его ранней диагностики и выявления инфекционного заболевания в условиях поликлиники и на дому; для проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий на догоспитальном этапе и при лечении инфекционных больных на дому; для диагностики неотложных состояний и оказания врачебной помощи инфекционным больным на догоспитальном этапе.

Процесс освоения дисциплины «Инфекционные болезни» направлен на формирование общепрофессиональных (ОПК-2, 7) и профессиональных компетенций (ПК-2).

Задачи освоения дисциплины:

- обучение раннему распознаванию инфекционного заболевания при осмотре больного, дифференциальной диагностике с другими инфекционными и неинфекционными заболеваниями, протекающими со сходной симптоматикой, на основе их ведущих синдромов,
- обучение выбору оптимальных методов лабораторного и инструментального обследования для подтверждения или опровержения диагноза инфекционного заболевания;
- обучение проведению полного объема лечебно-профилактических мероприятий при оставлении больных с различными нозологическими формами инфекционных заболеваний на дому;
- обучение своевременному распознаванию дегидратационного, инфекционно-токсического, анафилактического шоков, коллапса, острой дыхательной недостаточности, крупа, острой печеночной недостаточности, острой почечной недостаточности, отека мозга, бульбарных расстройств при ботулизме, оказанию экстренной врачебной помощи на догоспитальном и госпитальном этапах и определение тактики оказания дальнейшей медицинской помощи при неотложных состояниях.

ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ), СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Код и наименование реализуемой компетенции	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с индикаторами достижения компетенций
ОПК-2 Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению	ИД-1опк2 Знать факторы, формирующие здоровье, показатели здоровья населения, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения ИД-2опк2 Уметь оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья населения; осуществлять профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов физической культуры и спорта, закаливания; пропагандировать ЗОЖ ИД-3опк2 Владеть методиками оценивания состояния здоровья детей; методами и средствами для просветительской деятельности по

населения	устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни; методами оценки эффективности мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей.
ОПК-7- Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	<p>ИД-1опк7 Знать классификацию и основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику; способы дозирования, показания и противопоказания к назначению препаратов, побочные эффекты</p> <p>ИД-2опк7 Уметь анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для лечения в зависимости от возраста. Подобрать соответствующие профилю заболевания лекарственные средства, согласно стандартам оказания медицинской помощи. Оценить эффективность безопасность лечения на всех этапах его выполнения. Назначать в соответствующих дозировках препаратов с использованием непатентованных международных названий препаратов.</p> <p>ИД-3опк7 Владеть правилами заполнения рецептурных бланков. навыками (опытом деятельности): использования теоретических знаний по медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач.</p>
ПК-2- готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	<p>ИД-1пк2 Знать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний у пациентов разных возрастных групп; показания и противопоказания к проведению оперативного вмешательства в условиях поликлиники и стационара; показания для госпитализации пациентов в стационарное отделение (подготовка пациента к госпитализации); основы контроля за лечением больного</p> <p>ИД-2пк2 Уметь использовать полученные знания для определения оптимальной тактики лечения пациентов; оценивать эффективность и безопасность лечения</p> <p>ИД-3пк2 Владеть алгоритмом выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий при лечении различных заболеваний у детей и подростков.</p>

СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

№	ТЕМА	часы
1	Острые кишечные инфекции. Дизентерия. Сальмонеллез. Вирусные гастроэнтериты. Пищевые токсикоинфекции. Ботулизм. Брюшной тиф.	6
2	Сепсис. Малярия.	6
3	Менингококковая инфекция. Столбняк. Энтеновирусная инфекция	6
4	Вирусные гепатиты А, Е	6
5	Вирусные гепатиты В, С, Д	6
6	Грипп и другие острые респираторные заболевания (ОРЗ). COVID-19.	6
7	Герпетическая инфекция. ВИЧ-инфекция.	6
8	Природно-очаговые инфекции. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Клещевой боррелиоз. Клещевой энцефалит. Лептоспироз	6
9	Особо опасные инфекции. Чума. Сибирская язва. Холера. Бруцеллез. Туляремия	6
ИТОГО		54

Тема 1. Острые кишечные инфекции. Дизентерия. Сальмонеллез. Вирусные гастроэнтериты. Пищевые токсикоинфекции. Ботулизм. Брюшной тиф.

Форма проведения – практическое занятие.

Вопросы к теме.

1. Характеристика возбудителей дизентерии.
2. Эпидемиологические особенности дизентерии, вызванной разными возбудителями.
3. Основные элементы патогенеза острой дизентерии.
4. Морфологические признаки, характерные для дизентерии.
5. Характеристика гастроэнтеритического и энтероколитического синдромов, свойственных шигеллезам.
6. Клинические признаки дизентерии в зависимости от степени тяжести заболевания.
7. Алгоритм ранней диагностики шигеллезов. Тактика врача при подозрении на острую дизентерию. Правила забора материала на диз.группу и сальмонеллез.
8. Дифференциальная диагностика при дизентерии. Диагностический поиск при острых кишечных инфекциях.
9. Принципы терапии различных форм острой дизентерии. Амбулаторное лечение больных дизентерией. Правила выписки больных из стационара. Диспансеризация реконвалесцентов.
10. Противоэпидемические мероприятия в очаге дизентерии.
11. Характеристика возбудителей ПТИ, сальмонеллеза.
12. Эпидемиологические особенности ПТИ, сальмонеллеза, холеры Эль-Тор.
13. Основные элементы патогенеза сальмонеллеза. Токсинообразование. Классификация сальмонеллеза.
14. Гастроинтестинальная форма сальмонеллеза, клиническая характеристика.
15. Клиника генерализованной формы сальмонеллеза.
16. Осложнения сальмонеллеза. Клиника инфекционно-токсического шока.
17. Особенности клинической картины ПТИ.
18. Лабораторная диагностика ПТИ, сальмонеллез.
19. Лечение сальмонеллеза, ПТИ. Принципы терапии ИТШ. Интенсивная терапия ИТШ. Условия амбулаторного лечения ПТИ.
20. Понятие о вирусных гастроэнтеритах.
21. Вирусы, вызывающие синдром острого гастроэнтерита.
22. Эпидемиология вирусных диарей. Роль в развитии вспышек ОКИ. Заболеваемость вирусными диареями.

23. Характеристика возбудителей брюшного тифа.
24. Эпидемиологические особенности современного брюшного тифа.
25. Основные звенья патогенеза тифо-паратифозных заболеваний. Клинические признаки начального периода брюшного тифа. Алгоритм ранней диагностики брюшного тифа.
26. Клинические признаки разгара болезни. Клиническое течение современного брюшного тифа. Осложнения брюшного тифа. Классификация брюшного тифа.
27. Характеристика возбудителей ботулизма. Эпидемиологические особенности заболевания.
28. Патогенез ботулизма. Токсико-инфекционный характер поражения рганов и системы при ботулизме.
29. Клиническая картина начального периода ботулизма.
30. Характеристика разгара болезни с учетом ведущих синдромов заболевания.
31. Клинико-лабораторная диагностика ботулизма.
32. Основные направления терапии ботулизма. Специфическая терапия ботулизма, ее осложнения. Профилактика заболевания.

Тема 2. Сепсис. Малярия.

Форма проведения – практическое занятие.

Вопросы к теме.

1. Характеристика возбудителей малярии. Лекарственная устойчивость. Эпидемиология малярии. Районы распространения основных форм.
2. Основы патогенеза малярии.
3. Трехдневная, четырехдневная, тропическая и малярия-овале: особенности течения. Основные клинические синдромы. Клинические формы малярии. Рецидивы малярии, их причины.
4. Осложнения малярии, их клинические признаки.
5. Методы лабораторной диагностики. Тактика приготовления мазка и толстой капли крови.
6. Принципы лечения разных форм малярии.
7. Сепсис. Определение. Этиология.
8. Патогенез. Общность механизмов развития болезни при ее различной этиологии. Определяющее значение угнетения иммуногенеза для формирования ациклического прогрессирующего течения заболевания.
9. Клиническое течение острого сепсиса, острейшего (молниеносного) сепсиса. Клиника подострого и рецидивирующего сепсиса. Клиническое течение хронического сепсиса.
10. Значение клинических данных в распознавании различных форм сепсиса. Выявление возбудителя в крови, в первичном септическом очаге инфекции, в метастатических очагах.
11. Дифференциальный диагноз сепсиса с инфекционными заболеваниями, сопровождающимися высокой и длительной лихорадкой.
12. Комплексная этиотропная и патогенетическая терапия сепсиса. Санация первичного септического очага инфекции. Принципы и тактика антибиотикотерапии.
13. Профилактика. Строгое соблюдение асептики при различных оперативных вмешательствах

Тема 3. Менингококковая инфекция. Столбняк. Энтеровирусная инфекция

Форма проведения – практическое занятие.

Вопросы к теме.

1. Характеристика возбудителя. Эпидемиология менингококковой инфекции. Механизмы и пути передачи инфекции.
2. Патогенез локализованных и генерализованных форм менингококковой инфекции.

- Патогенез основных осложнений менингококковой инфекции (отек-набухание головного мозга, церебральная гипертензия, ИТШ).
3. Клинические признаки менингококкового назофарингита.
 4. Клиническая картина гнойного менингита, менингоэнцефалита.
 5. Клиническая картина простой и молниеносной менингококкемии. Осложнения генерализованных форм менингококковой инфекции.
 6. Дифференциальная диагностика менингококкового менингита (менингизм, серозный менингит, вторичный гнойный менингит, туберкулезный менингит, субарахноидальное кровоизлияние).
 7. Диагностика менингококковой инфекции.
 8. Принципы лечения локализованных и генерализованных форм менингококковой инфекции. Интенсивная терапия осложнений.
 9. Противоэпидемические мероприятия в очаге менингококковой инфекции.
 10. Столбняк. Этиология. Свойства возбудителя. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы заражения.
 11. Патогенез, патологическая анатомия.
 12. Клиника. Классификация. Симптомы начального периода. Клиника разгара заболевания. Критерии и формы тяжести. Местная форма столбняка.
 13. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Ведущее диагностическое значение клинического симптомокомплекса. Дифференциальный диагноз.
 14. Лечение. Оказание неотложной врачебной помощи на догоспитальном этапе. Назначение противостолбнячной сыворотки, противостолбнячного глобулина, анатоксина. Патогенетическая терапия.
 15. Профилактика. Методы общей, хирургической и специфической профилактики. Применение столбнячного анатоксина и противостолбнячной сыворотки. Плановая и экстренная профилактика.
 16. Энтеровирусные инфекции (полиомиелитные и неполиомиелитные)
 17. Этиопатогенез энтеровирусных инфекций.
 18. Клиническая классификация и клинические формы энтеровирусных инфекций.
 19. Лабораторная диагностика энтеровирусных инфекций.
 20. Этиотропная, специфическая и патогенетическая терапия энтеровирусных инфекций.

Тема 4. Вирусные гепатиты А, Е

Форма проведения – практическое занятие.

Вопросы к теме.

1. Этиология и эпидемиология вирусных гепатитов А, Е. Гепатиты с фекально-оральным механизмом передачи.
2. Патогенез вирусных гепатитов в зависимости от возбудителя. Основные клинико-лабораторные синдромы: холестатический, цитолитический, мезенхимально-воспалительный.
3. Клиника острых вирусных гепатитов А, Е. Варианты течения острых вирусных гепатитов.
4. Классификация острого вирусного гепатита.
5. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов. Функциональные печеночные пробы.
6. Маркеры вирусных гепатитов А, Е.
7. Лечение острых вирусных гепатитов А, Е. Базисная и патогенетическая терапия.

Тема 5. Вирусные гепатиты В, С, Д

Форма проведения – практическое занятие.

Вопросы к теме.

1. Этиология и эпидемиология вирусных гепатитов В, С, Д
2. Эпидемиология парентеральных вирусных гепатитов

3. Патогенез. Роль иммунного ответа при гепатите В, С, Д
4. Клиническая картина в зависимости от этиологии
5. Осложнения острого вирусного гепатита. Патогенез развития острой печеночной недостаточности. Клиника и интенсивная терапия печеночной комы.
6. Диагностический поиск при вирусных гепатитах.
7. Исходы вирусного гепатита. Хронический гепатит. Цирроз печени. Гепатоцеллюлярная карцинома.
8. Хронический вирусный гепатит В, Д. Фазы инфекционного процесса.
9. Гепатит С. Клинико-эпидемиологическая характеристика. Длительное многолетнее течение инфекционного процесса
10. Классификация хронического гепатита (Лос-анджелес, 1994). Активность и стадия хронического гепатита.
11. Цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома в исходе хронического вирусного гепатита.
12. Лечение хронического вирусного гепатита. Патогенетическая и противовирусная терапия. Основные противовирусные препараты, применяемые для лечения хронических вирусных гепатитов. Показания к противовирусной терапии. Основные схемы лечения.
13. Профилактика вирусных гепатитов. Специфическая профилактика. Мероприятия в очаге вирусного гепатита.

Тема 6. Грипп и другие острые респираторные заболевания (ОРЗ). COVID-19.

Форма проведения – практическое занятие.

Вопросы к теме.

1. Характеристика вирусов гриппа и вирусов-возбудителей ОРВИ: парагриппа, аденовирусов, РС-вирусов. ОРЗ невирусной этиологии (бактериальной, хламидиозной, микоплазменной).
2. Патогенез гриппа.
3. Особенности патогенеза парагриппа, аденовирусной, РС-инфекции.
4. Клиническая характеристика гриппа в зависимости от степени тяжести заболевания. Классификация гриппа. Осложнения гриппа: отек легких, отек мозга, ИТШ, стеноз гортани.
5. Клиника аденовирусной инфекции с учетом ее форм.
6. Клиника парагриппа. Осложнения парагриппа.
7. Клиника РС-инфекции
8. Клинико-лабораторная диагностика гриппа и других ОРЗ.
9. Лечение неосложненных форм гриппа и других ОРЗ. Показания к госпитализации больных гриппом и ОРЗ. Симптоматическая терапия ОРЗ.
10. Интенсивная терапия осложнений гриппа.
11. Пандемия COVID-19. Этиология, эпидемиология, патогенез новой коронавирусной инфекции.
12. Клиника и клинические формы новой коронавирусной инфекции. Варианты течения.
13. Поражения легких при новой коронавирусной инфекции.
14. Поражение других органов при новой коронавирусной инфекции.
15. Осложнения COVID-19.
16. Диагностика COVID-19.
17. Лечение неосложненных и осложненных форм COVID-19.

Тема 7. Герпетическая инфекция. ВИЧ-инфекция.

Форма проведения – практическое занятие.

Вопросы к теме.

1. Герпетическая инфекция, возбудители герпеса, их основные свойства. Эпидемиология. Источники инфекции, механизмы передачи.
2. Патогенез, патологическая анатомия. Врожденная герпетическая инфекция, трансплацентарная передача вируса.
3. Патогенез, патологическая анатомия.
4. Клинические формы инфекции. Простой герпес.
5. Опоясывающий лишай. Ветряная оспа.
6. Цитомегаловирусная инфекция. Врожденная цитомегаловирусная инфекция.
7. Значение клинических и лабораторных данных. Выделение вируса. Серологическая диагностика (РСК, реакция нейтрализации). Дифференциальный диагноз.
8. Герпес вирусы 6, 7, 8 типа. Синдром хронической усталости.
9. Лечение. Противогерпетические химиопрепараты в лечении различных форм поражений.
10. Рожа. Основные свойства возбудителя. L-формы стрептококка. Эпидемиология. Источники инфекции.
11. Патогенез. Экзогенный и эндогенный характер инфицирования.
12. Клиника. Эволюция клинического течения рожи. Клиническая классификация. Эритематозная, эритематозно-буллезная, эритематозно-геморрагическая, буллезно-геморрагическая формы. Критерии тяжести.
13. Лечение. Показания к госпитализации. Организация и программа лечения на дому. Режим. Этиотропное лечение.
14. Эпидемиологическая ситуация по инфекции ВИЧ в мире, России и Ульяновской области.
15. Пути передачи ВИЧ, Группы риска. Медицинские работники – как группа риска, степень риска заражения ВИЧ для медицинских работников.
16. Клиника ВИЧ. Клиническая классификация ВИЧ (Россия, CDC). Степень иммунодефицита.
17. Клиническая картина стадии острой ВИЧ-инфекции.
18. Клиническая картина латентной стадии ВИЧ-инфекции.
19. Клиническая картина стадии вторичных заболеваний. Оппортунистические инфекции в зависимости от степени иммунодефицита.
20. Диагностика ВИЧ. Методы лабораторной диагностики. Возможные ошибки. Оценка иммунного статуса. Лабораторная диагностика оппортунистических инфекций.
21. Дифференциальный диагноз ВИЧ-инфекции на разных стадиях болезни.
22. Принципы лечения больных в разных стадиях болезни. Показания к ВААРТ. Основные схемы терапии.
23. Диспансерное наблюдение. Деонтологические аспекты работы с инфицированными ВИЧ.
24. Профилактика ВИЧ. Постконтактная профилактика. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ.

Тема 8. Природно-очаговые инфекции. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Клещевой боррелиоз. Клещевой энцефалит. Лептоспироз

Форма проведения – практическое занятие.

Вопросы к теме.

1. Общая клинико-эпидемиологическая классификация геморрагических лихорадок. Распространение. Возбудители геморрагических лихорадок.
2. Характеристика возбудителей Ханта-вирусной инфекции. Эпидемиологические особенности ГЛПС.
3. Узловые моменты патогенеза ГЛПС в различные фазы болезни. Патоморфологические изменения в почках при ГЛПС.

4. Клиническая характеристика типичного варианта ГЛПС в зависимости от степени тяжести.
5. Варианты течения заболевания. Осложнения ГЛПС. Острая почечная недостаточность.
6. Дифференциальный диагноз в начальный и олигоанурический периоды болезни.
7. Лабораторные показатели в различные фазы заболевания.
8. Лечение больных ГЛПС. Принципы и методы интенсивной терапии острой почечной недостаточности при ГЛПС. Показания к проведению гемодиализа.
9. Диспансеризация реконвалесцентов. Резидуальный синдром.
10. Профилактика ГЛПС.
11. Системный клещевой боррелиоз – болезнь Лайма. Определение. Этиология. Возбудитель, его свойства. Эпидемиология. Резервуары и переносчики инфекции.
12. Патогенез различных стадий болезни. Патологическая анатомия. Клиника.
13. Диагностика. Лабораторная диагностика: выделение боррелий, иммунологические исследования (РНИФ, ИФА, иммуноблот). Исследование парных сывороток в разные периоды болезни.
14. Лечение. Этиотропная терапия. Предупреждение и лечение осложнений.
15. Клещевой энцефалит. Определение. Этиология. Возбудитель, его свойства. Эпидемиология. Резервуары и переносчики инфекции.
16. Патогенез различных стадий болезни. Патологическая анатомия. Клиника.
17. Диагностика. Лабораторная диагностика: иммунологические исследования (РНИФ, ИФА). Исследование парных сывороток в разные периоды болезни.
18. Лечение. Этиотропная терапия. Предупреждение и лечение осложнений
19. Профилактика. Противоэпидемические мероприятия. Дезинсекция. Личная профилактика.
20. Лептоспироз. Этиология. Характеристика возбудителей.
21. Эпидемиология. Резервуары и источники инфекции в природе. Типы природных очагов лептоспироза. Пути передачи инфекции.
22. Патогенез, патологическая анатомия лептоспироза. Механизм развития интоксикационного и геморрагического синдромов. Поражение печени, почек, сердечно-сосудистой и нервной систем и других органов при различных формах лептоспироза.
23. Клиника. Клиническая классификация лептоспироза. Желтушные и безжелтушные варианты болезни. Геморрагический синдром. Острая почечная недостаточность.
24. Методы бактериологической и серологической диагностики. Дифференциальный диагноз.
25. Лечение. Антибиотикотерапия. Специфическая терапия противолептоспирозным гамма-глобулином.

Тема 9. Особо опасные инфекции. Чума. Сибирская язва. Холера. Бруцеллез. Туляремия

Форма проведения – практическое занятие.

Вопросы к теме.

1. Понятие о карантинных, конвенционных заболеваниях.
2. Чума. Этиология. Важнейшие свойства возбудителя. Эпидемиология. Резервуары чумного микроба в природе.
3. Патогенез, патологическая анатомия. Внедрение микроба, лимфогенное и гематогенное распространение.
4. Клиника. Клиническая классификация. Начальный период болезни, основные его проявления: синдром интоксикации, сердечно-сосудистых расстройств. Клиника кожной, бубонной, септической, легочной форм чумы. Осложнения, исходы. Прогноз.

5. Диагностика. Бактериоскопические, бактериологические, серологические, биологические методы диагностики. Правила взятия патологического материала для лабораторных исследований и его транспортировки. Экспресс-диагностика чумы.
6. Лечение чумы. Выбор антибактериальных средств.
7. Сибирская язва. Характеристика возбудителя. Эпидемиология.
8. Патогенез основных клинических проявлений болезни при ее различных формах. Изменения внутренних органов.
9. Клиническая классификация форм сибирской язвы. Клиническая характеристика кожной формы сибирской язвы. Этапы развития сибиреязвенного карбункула. Клиника септической и легочной форм. Осложнения. Исходы.
10. Лабораторная диагностика: бактериоскопическая, бактериологическая, биологическая серологическая. Внутрικοжная проба. Экспресс-методы (ИФА и др.).
11. Лечение. Этиотропная терапия. Использование специфического противосибиреязвенного гамма-глобулина.
12. Холера. Определение. Этиология. Классический холерный вибрион и вибрион Эль-Тор.
13. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизм заражения, пути распространения и факторы передачи инфекции.
14. Патогенез, патологическая анатомия. Внедрение возбудителя и его размножение. Действие токсина холерогена на ферментные системы клеток тонкой кишки.
15. Клиника. Классификация холеры (по степени дегидратации).
16. Клиника гиповолемического шока. Осложнения. Прогноз. Диагностика.
17. Методы экспресс-диагностики.
18. Современные методы детекции возбудителя на основе использования полимеразной цепной реакции
19. Правила взятия, пересылки и исследования материала.
20. Лечение. Патогенетическая терапия с учетом степени обезвоживания больного. Этапы оральной и инфузионной регидратации. Растворы для оральной и инфузионной регидратации. Средства патогенетической терапии.
21. Антибиотикотерапия больных холерой и вибрионосителей.
22. Правила выписки из стационара.
23. Локализация эпидемической вспышки, ликвидация очага. Предупреждение заноса холеры. Международные правила и карантинные мероприятия по борьбе с холерой. Правила безопасности при работе в очаге холеры и в лаборатории.
24. Этиология. Основные виды бруцелл и их биологические свойства. L-формы бруцелл.
25. Эпидемиология. Источники инфекции. Пути, факторы распространения инфекции.
26. Патогенез, патологическая анатомия. Фазы развития бруцеллеза. Первичные и вторичные (метастатические) очаги инфекции. Инфекционно-аллергический характер поражений. Значение L-форм бруцелл в патогенезе хронического бруцеллеза.
27. Клиническая классификация бруцеллеза. Острый бруцеллез. Начальные проявления. Типы температурных кривых. Изменения со стороны различных систем и органов. Критерии тяжести. Клиника подострого (острого рецидивирующего) бруцеллеза. Хронический бруцеллез. Его формы. Поражения опорно-двигательного аппарата, нервной, сердечно-сосудистой и урогенетальной систем.
28. Диагностика. Бактериологическая диагностика, выделение L-форм бруцелл. Серологическая диагностика (реакция Райта, Хеддльсона, Кумбса, РПГА, РСК, иммунофлюоресценции). Аллергологические пробы (внутрикожная аллергическая проба Бюрне, реакция лизиса лейкоцитов). Особенности лабораторной диагностики хронического бруцеллеза.
29. Лечение. Этиотропная терапия острого бруцеллеза. Особенности лечения подострого бруцеллеза. Показания к применению иммуномодуляторов, биостимулирующей терапии.

30. Туляремия. Характеристика возбудителя. Эпидемиология.
31. Патогенез, патологическая анатомия. Определяющее значение входных ворот для клинического течения (формы) болезни.
32. Клиническая классификация туляремии. Клиническое течение различных форм болезни. Осложнения. Исходы.
33. Диагностика. Серологический и алергологический метод диагностики туляремии. Диф. диагностика. Лечение туляремии.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ

1. Критерии диагностики инфекционных заболеваний.
2. Основные направления терапии инфекционных больных.
3. Брюшной тиф. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, специфические осложнения брюшного тифа, лечение.
4. Бактериальная дизентерия. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение различных вариантов и форм острой дизентерии. Профилактика.
5. Эшерихиозы. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение.
6. Пищевые токсикоинфекции. Клинико-эпидемиологическая характеристика.. Диагностика, лечение, профилактика
7. Сальмонеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика. Диспансеризация декретируемых групп населения.
8. Лечение больных сальмонеллезом и пищевыми токсикоинфекциями. Принципы регидратации. Оральная регидратация. Коррекция гемодинамики.
9. Холера. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Патогенетическая и этиотропная терапия холеры. Водно-солевые растворы.
10. Вирусные гастроэнтериты. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение.
11. Энтеровирусная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
12. Иерсинеозы. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение. Сходство и различие клиники псевдотуберкулеза и кишечного иерсинеоза.
13. Ботулизм. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника. Специфическая, этиотропная и патогенетическая терапия ботулизма. Осложнения специфической иммунотерапии.
14. Вирусный гепатит А и Е. Этиология, патогенез. Клинико-эпидемиологические особенности. Лечение. Особенности течения гепатита Е у беременных
15. Вирусный гепатит В. Этиология, патогенез. Маркеры заболевания. Клинико-эпидемиологические особенности. Принципы терапии. Исходы.
16. Вирусный гепатит микст (В+Д). Клинико-эпидемиологические особенности ко- и супер инфекции, исходы, лечение.
17. Вирусный гепатит С. Этиология, патогенез. Клинико-эпидемиологические особенности. Исходы. Лечение.
18. Осложнения вирусного гепатита. Патогенез развития острой печеночной недостаточности. Клиника и интенсивная терапия печеночной комы.
19. Исходы вирусного гепатита. Хронический вирусный гепатит. Цирроз печени. Первичная гепатокарцинома. Диагностика. Тактика ведения пациентов.
20. Лабораторная диагностика вирусного гепатита. Функциональные пробы. Маркеры вирусных гепатитов А, В, С, Д, Е
21. Хронический гепатит В. Фазы инфекционного процесса. Алгоритм постановки диагноза. Лечение. Профилактика.

22. Грипп сезонный и высокопатогенный. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, лечение, профилактика. Тактика врача при гриппе и ОРВИ. Лечение различных форм гриппа. Профилактика гриппа.
23. Парагрипп. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, осложнения, лечение, профилактика. Осложнения парагриппа. Клиника и интенсивная терапия стеноза гортани.
24. Аденовирусная инфекция. Этиология. Особенности эпидемиологии. Клинические формы. Лечение.
25. Респираторно-синцитиальная инфекция. Этиология, эпидемиология. Клинические формы. Лечение.
26. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Этиология, эпидемиология. Клинические формы. Лечение.
27. Менингококковая инфекция. Этиология, эпидемиология. Клинические формы. Осложнения менингококкового менингита. Интенсивная терапия. Тактика ведения. Прогноз.
28. Менингококцемия. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, лечение, прогноз..
29. Клещевой боррелиоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение. Исходы. Профилактика.
30. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
31. Малярия. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника Особенности тропической малярии. Клинические формы. Лечение. Профилактика.
32. Корь. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение. Особенности течения у взрослых. Современные особенности течения кори. Стратегия ВОЗ по ликвидации инфекции.
33. Сепсис. Определение. Этиология, патогенез, клиника, принципы лечения.
34. Сибирская язва. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение.
35. Чума. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение. Тактика врача при подозрении на особо опасную инфекцию.
36. Дифтерия. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение. Дифференциальная диагностика с ангиной.
37. Столбняк. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение.
38. Рожь. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
39. ВИЧ-инфекция. Этиология, патогенез, характер иммунных нарушений.
40. Показания к назначению ВААРТ пациентам с ВИЧ-инфекцией. Характеристика препаратов. Назначаемые схемы терапии.
41. Эпидемиология ВИЧ-инфекции. Группы риска, категории лиц, подлежащих обследованию на ВИЧ-инфекцию. Диагностика ВИЧ-инфекции.
42. Клиника ВИЧ-инфекции. СПИД-ассоциированный комплекс. Спектр оппортунистических инфекций при СПИДе.
43. Герпетическая инфекция. Простой герпес. Herpes zoster. Этиология, эпидемиология, патогенез, клинические формы, лечение, профилактика.
44. Герпетическая инфекция. Вирус Эпштейна-Барра. Этиология, эпидемиология, патогенез, клинические формы, лечение.
45. ЦМВ-инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клинические формы, лечение.
46. Диагностический поиск при острых кишечных заболеваниях.
47. Диагностический поиск при поражениях печени различной этиологии.
48. Сыпной тиф и болезнь Брилла. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение.
49. Геморрагические лихорадки. Общая характеристика. Патогенез, клиника, лечение. Ареал распространения. Лихорадка Эбола, Марбург, Денге – современное состояние проблемы.

50. Клещевые инфекции. Характеристика, ареал распространения, алгоритм постановки диагноза, лечение, профилактика.
51. Бруцеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, исходы, профилактика.
52. Туляремия. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
53. Лептоспирозы. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩИХСЯ

Содержание, требования, условия и порядок организации самостоятельной работы обучающихся с учетом формы обучения определяются в соответствии с «Положением об организации самостоятельной работы обучающихся», утвержденным Ученым советом УлГУ (протокол №8/268 от 26.03.2019г.).

Форма обучения - очная

Название разделов и тем	Вид самостоятельной работы (проработка учебного материала, решение задач, реферат, доклад, контрольная работа, подготовка к сдаче зачета, экзамена и др.)	Объем в часах	Форма контроля (проверка решения задач, реферата и др.)
Эшерихиозы	Проработка учебного материала	6	Проверка решения задач Тестирование
Иерсинеозы	Проработка учебного материала Решение задач Подготовка к сдаче экзамена	6	Проверка решения задач Тестирование
Корь	Проработка учебного материала Решение задач Подготовка к сдаче экзамена	6	Проверка решения задач Тестирование
Микоплазменная инфекция	Проработка учебного материала Решение задач Подготовка к сдаче экзамена	4	Проверка решения задач Тестирование
Рожа	Проработка учебного материала Решение задач Подготовка к сдаче экзамена	4	Проверка решения задач Тестирование
Столбняк	Проработка учебного материала Решение задач Подготовка к сдаче экзамена	6	Проверка решения задач Тестирование
ИТОГО		36	

4.7. Задачи типовые к зачету

Индекс компетенции	№ задачи (задания)	Условие задачи (формулировка задания)
ОПК-2	1	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА №1</u></p> <p>Больной К., 42 года, поступил в стационар на 3-ой день болезни с жалобами на боли в горле усиливающиеся при глотании, выраженную общую слабость, анорексию.</p> <p>Заболел остро: озноб, температура 38,5°C, боли в горле при глотании, общая слабость, головная боль, боли в области шеи. Принимал доксициклин, аспирин, состояние не улучшалось. "Скорой помощью" больной доставлен в инфекционный стационар.</p> <p>При осмотре состояние тяжелое. Несколько возбужден. Кожные покровы бледны. Подчелюстные лимфоузлы с обеих сторон увеличены до размеров куриного яйца, при пальпации – они очень плотные и резко болезненные. Отмечается отек подкожной клетчатки кожи, распространяющийся вверх на лицо, опускаясь до ключицы. Отек безболезнен, тестоватой консистенции. При осмотре зева резко увеличенные миндалины, отек мягкого и твердого неба, язычка. Миндалины и вся поверхность отека покрыта сплошным гладким плотным налетом беловато-сероватого цвета. В легких везикулярное дыхание, 26 дыхательных движений в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-106 уд/мин., ритмичен. АД-140/90 мм.рт.ст. Язык обложен густым белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.-4,6x10¹²/л, Нв-120г/л, Лц.-8,6x10⁹/л, Эоз-1, П-8, С-69, Лм-17, Мон-5, СОЭ-22 мм/час. Моча: уд.вес-1024, белок-1,23%, Лц.-12-16 в п/зр, Эр.-8-10 в п/зр., цилиндры зернистые 2-3 в п/зр., цилиндры гиалиновые 3-8 в п/зр.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Предварительный диагноз.2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?3. Дифференцируемые заболевания.4. План обследования5. Лечение, выписать рецепты.6. Тактика участкового терапевта.7. Противоэпидемические мероприятия в очаге. <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 1</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Дифтерия зева токсическая (II-ая степень).2. Контакт с больными ангиной, профессия больного, географический анамнез

		<p>3. Лакунарная ангина стрептококковой или стафилококковой этиологии, паратонзиллярный абсцесс, инфекционный мононуклеоз, туляремия, ангинозно-бубонная форма.</p> <p>4. Бактериологический метод исследования: посев слизи и пленок из зева на дифтерию (среда Леффлера и др.)</p> <p>5. <u>Специфическая терапия</u>: Противодифтерийная сыворотка. На курс лечения - не менее 200 тыс МЕ. Сыворотка вводится дробно (для десенсибилизации), в/м, 2 раза в сутки в первые 2-3 дня - по 80тыс МЕ. <u>Этиотропная терапия</u>: Ампицилин - 3-4 г. в сутки в/м, возможно препараты макролидов, цефалоспорины. <u>Патогенетическая терапия</u>: а). Дезинтоксикационная: реамберин - 400,0 мл., реополиглюкин - 200,0 мл., 10% глюкоза - 400,0 мл., витамины групп С, В. б). Дегидратация: Эуфиллин - 2,4%-10,0, лазикс - 2мл, маннитол 10%-500,0 мл, для профилактики ДВС-синдрома - нативная плазма, гепарин - до 30тыс МЕ, ингибиторы протеаз (контрикал, трасилол) - 10-20тыс.МЕ в/в. г). Антигистаминные препараты. Д) противовоспалительная терапия - преднизолон - 2-3 мг/кг массы тела,</p> <p>6. Госпитализация больного. Экстренное извещение в ГЦСЭН</p> <p>7. В эпидочаге необходимо бактериологическое обследование на дифтерию всех контактных. Заключительная дезинфекция 2-3% раствором хлорамина. Карантин на 7 дней.</p>
ОПК-7	2	<p>Больная Т., 28 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на умеренную головную боль, ломоту в мышцах тела, схваткообразные боли внизу живота, особенно слева, жидкий стул со слизью и прожилками крови.</p> <p>Больна сутки. Начало болезни острое, озноб, температура 38,3°C, схваткообразные боли внизу живота, особенно слева, стул скудный со слизью и кровью (8-10 раз в сутки).</p> <p>При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. Температура - 37,5°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. АД-100/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, особенно слева. Пальпируется болезненная спазмированная сигма. Печень селезенка не пальпируются. Стул жидкий, скудный с примесью слизи и прожилками крови.</p> <p><u>Лабораторные данные</u>: Кровь: Эр.-4,5x10¹²/л, Нв -120г/л, Лц.-7,6x10⁹/л, Лм.-29, Мон-5, П-21, Эоз-0, С-45, СОЭ-20мм /час. Моча: уд. вес-1020 , Лц - ед. в п/зр.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания. 4. План обследования 5. Лечение, выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

		<p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 2</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дизентерия, острая, колитический вариант, среднетяжелое течение. 2. Меню за 2 дня до начала заболевания, где и сколько хранились пищевые продукты, есть ли заболевшие среди лиц, употреблявших в пищу те же продукты, что и заболевшая, место работы пациентки 3. Сальмонеллез (гастроколитический вариант, эшерихиоз, амебиаз, иерсиниоз). 4. Посев испражнений на питательные среды для обнаружения шигелл, сальмонелл, УПФ. Кровь на РНГА с дизентерийным диагностикумом, копроцитоскопия, ректороманоскопия. 5. Диета 4. <u>Этиотропная терапия</u>: Ампициллин по 0,5 4 р/день, или - ципрофлоксацин 0,5 2 раза в день. <u>Дезинтоксикационная терапия</u> внутривенно "Ацессоль", глюкоза; энтеросорбенты, ферменты, противовоспалительная терапия местно ректально 6. Госпитализация больного. Информация врача КИЗа о заболевании. Отправка экстренного извещения в ГЦСЭН. 7. Дезинфекция в очаге (текущая и заключительная), наблюдение за контактными в течение 7 дней (опрос, бактериологическое исследование кала). Допуск к работе в соответствии с профессией
ОПК-7	3	<p>Больной К., 23 года, Обратился в поликлинику с жалобами на слабость, снижение аппетита, периодически возникающую тошноту, тяжесть в правом подреберье.</p> <p>Из анамнеза выяснено, что в течение последних 2-х лет у больного периодически появляется общая слабость, чувство дискомфорта в правом подреберье, моча приобретает цвет "пива". Ранее за медицинской помощью не обращался, не обследовался. В течение последнего года периодически употребляет внутривенно наркотические препараты.</p> <p>При осмотре - состояние удовлетворительное, кожные покровы обычного цвета, склеры субиктеричны. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 78 уд.в мин., АД - 120/80 мм.рт. ст. Язык обложен белым налетом. Печень увеличена (на 3 см. ниже правого подреберья), плотная, безболезненная. Пальпируется полюс селезенки.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.-4,5x10¹²/л, Нв-130г/л, Лц.-3,2x10⁹/л, тромб.-250x10¹²/л, Эоз-3, П-5, С-46, Лм-42, Мон-4, СОЭ-12мм/час. Моча: следы белка. Биохимия крови: билирубин общий - 35 ммоль/л.(свободный - 17, связанный-18), АлАт-77.8 ммоль/л., АсАт-44.4 ммоль/л. УЗИ-гепатоспленомегалия, диффузные изменения печени. Серологическое исследование крови - anti HCV IgG (пол). Фибросканирование печени (эластометрия) – 9,6 кПа</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания.

		<p>4. План обследования 5. Лечение 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.</p> <p style="text-align: center;"><u>О Т В Е Т N 3</u></p> <p>1. Хронический вирусный гепатит "С", минимальной степени активности, стадия фиброза печени F3 по шкале METAVIR 2. Эпиданамнез в отношении парентеральных вмешательств, употребление ПАВ 3. Острый вирусный гепатит ("А","В","С"), хронический вирусный гепатит "В". 4. Биохимическое исследование крови и УЗИ в динамике, серологический профиль HCV и HBV инфекции методом ИФА, ПЦР-РНК HCV качественный и количественный, оценка фиброза печени неинвазивными методами. 5. Препараты прямого противовирусного действия в зависимости от генотипа вируса и выбранной схемы ПВТ – на 8 или 12 недель 6. экстренное извещение в ГЦСЭН, постанова в Федеральный регистр по вирусному гепатиту 7. Санитарно-просветительная работа. Исключить контакты окружающих с кровью больного (индивидуальные предметы гигиены), барьерные методы контрацепции. Обследование контактных – выявление Anti HCV.</p>
ОПК-7	4	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА №4</u></p> <p>Больной Т., 22 лет, госпитализирован в клинику с жалобами на общую слабость, снижение работоспособности, плохой аппетит.</p> <p>Заболел 10 дней назад, находясь в туристическом походе. По прибытии домой обратился в поликлинику, был поставлен диагноз «ОРВИ». Температура в пределах 38-38,5°С держалась в течение одной недели. Беспокоила головная боль, плохой сон, снижение аппетита. На 5-ый день заболевания появилась рвота после приема пищи и тяжесть в правом подреберье. В тот же день больной отметил темную мочу, а затем бесцветный кал. Вызванный на дом врач отметил иктеричность кожи и склер и направил в инфекционную больницу.</p> <p>При осмотре состояние средней тяжести, температура 37,8°С. Выраженная желтушность кожи и склер, слизистых. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушенные. Пульс-70 уд/мин. АД-110/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см., гладкая, эластичная. Селезенка пальпируется, край мягкий. Моча цвета "пива", кал - ахоличный.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.-5×10^{12}/л, Нв-140г/л, Лц.-$3,6 \times 10^9$/л, Эоз-2, П-8, С-42, Лм-48, СОЭ-10 мм/час. Моча: реакция на желчные пигменты и уробилин положительная. Кал</p>

светлый, реакция на стеркобилин отрицательная. Серологические реакции находятся в работе.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ОТВЕТ N 4

1. Острый вирусный гепатит А, желтушная форма.
2. Вид деятельности в стройотряде. Не было ли контакта с инфекционными больными, больными ОРЗ, желтушными больными др. в течение последних 1,5 месяцев?
3. В продромальном периоде: грипп, ОРВИ, энтеровирусная инфекция. В желтушном периоде: желтушная форма псевдотуберкулеза, лептоспироза, желтух гемолитического, обтурационного и токсического генеза.
4. Общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови в динамике, УЗИ брюшной полости, кровь на маркеры гепатитов «А», "В", "С", "Д".
5. Базис-терапия: щадящий режим (в первые 7-10 дней, желателен постельный режим, в последующем - полупостельный), рациональная диета (стол №5 по Певзнеру) потребность в витаминах должна обеспечиваться за счет натуральных пищевых продуктов, обильное питье - до 2-3 л в сутки в виде щелочных минеральных вод, компотов, соков, чая. Если из-за тошноты больной не может много пить, при интоксикации необходимо в/в введение дезинтоксикационных средств (5% раствор глюкозы - по 500 мл с добавлением 10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, кристаллоидов, пероральная регидрация солевыми растворами с учетом диуреза). Ферменты, энтеросорбенты, гепатопротекторы.
6. Госпитализация в инфекционное отделение, экстренное извещение в ГЦСЭН.
7. Обследование контактных: кровь на АлАт и anti HAV IgM. Заключительная дезинфекция в очаге - с применением 3% раствора хлорсодержащих средств, вещи больного подвергают камерной дезинфекции. Наблюдение за контактными лицами - в течение 35 дней. При подозрении на ВГА - лабораторное обследование, иммунопрофилактика гепатита А донорским иммуноглобулином, 10%, по 0,75 в/м (предсезонная профилактика) и 1,5 мл - по эпидпоказаниям, беременным - 3,0 мл. Санпросветработа. Диспансерное наблюдение - в течение 6 месяцев от момента выписки из стационара, первый осмотр, через 10 дней после выписки, проводится в КИЗ или гепатологическом кабинете.

ЗАДАЧА №5

Больной Ж., 53 лет, поступил в клинику с жалобами на плохой аппетит, общую слабость боли в крупных суставах. В анамнезе – лечение у стоматолога 3 мес. назад.

Заболевание развивалось постепенно. На фоне недомогания появились, ноющие боли в эпигастральной области и правом подреберье, артралгии. В течение недели к врачу не обращался, состояние постепенно ухудшалось. Нарастала общая слабость, появилась рвота после приема пищи (1-2 раза в сутки), чувство распирания в правом подреберье. Обратился к врачу, который назначил спазмолитики, желчегонные средства. На следующий день заметил темный цвет мочи, а затем обесцвечивание кала. При повторном посещении врачом был направлен в инфекционную больницу.

При осмотре состояние средней тяжести, температура 36,4°C, выражена желтушность кожи, склер и слизистых. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, АД-115/70 мм.рт.ст. Пульс-76 уд/мин., Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Поверхность гладкая, эластичной консистенции. Селезенка пальпируется мягким краем в положении на правом боку. Моча - цвета "пива", кал - ахоличный.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.-4,5x10¹²/л, Нв -120г/л, Лц.-4,2x10⁹/л, Эоз-2, П-8, С-42, Лм-38, Мон-10, СОЭ-10мм/час. Моча: уд.вес-1015, белка нет, ед. клетки плоского эпителия, реакция на желчные пигменты (+), на уробилин (+).

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ОТВЕТ №5

1. Острый гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести
2. Наличие парентеральных вмешательств: профессиональный фактор (контакты с кровью больных) наличие в семье носителей HBsAg и больных хроническими гепатитами, половой фактор.
3. В преджелтушном периоде: грипп, ревматизм, полиартрит, холецистит, гастрит. Желтушный период: надпеченочные (желтухи гемолитические, подпеченочные), желчнокаменная болезнь, новообразования, гельминтозы, паренхиматозные желтухи другой этиологии (лептоспироз, иерсиниоз, инфекционный мононуклеоз и др.).

		<p>4. Общий анализ крови, моча на уробилин и желчные пигменты, кровь на билирубин (общий, связанный), сулемовая и тимоловая пробы, коллоидные пробы, кровь на АлАт, АсАт, протромбин, специфические маркеры ВГВ: HBsAg, HBeAg, antiHBsIgM (в начальной фазе болезни - antiHBs, antiHBsIg), antiHBs (период реконвалесценции), УЗИ печени, желчного пузыря, селезенки.</p> <p>5. Базисная терапия: щадящий режим (первые 7-10 дней - постельный, в последующем - полупостельный), диета - полноценная, калорийная (стол № 5), обильное питье до 2-3 л в сутки в виде щелочных минеральных вод, компотов, фруктовых и овощных соков, Парентеральное введение дезинтоксикационных средств: в/в капельно 5% р-р глюкозы и р-р Рингера - по 250-500 мл с добавлением 10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, - 200-400 мл с учетом диурез, ремаксол, реамберин. За счет натуральных пищевых продуктов - витамины В₁-5%-1,0, В₆-5%-1,0. Энтеросорбенты, ферменты, гепатопротекторы, препараты урсодезоксихолевой кислоты.</p> <p>6. Своевременная госпитализация и экстренное извещение в ГЦСЭН.</p> <p>7. Заключительная дезинфекция в очаге с применением 5% раствора хлорсодержащих средств, вещи подвергаются камерной дезинфекции. Наблюдение за контактными в очаге: опрос, однократный осмотр врачом контактных, проведение санитарно-просветительной работы. Взятие крови на HBsAg у контактных, выявление носителей вируса гепатита В. Диспансеризация в течение года после выписки из стационара в КИЗ поликлиники или гепатокабинете, с осмотром и анализом биохимического исследования крови, HBsAg через 1, 3, 6, 12 месяцев</p>
ПК-2	6	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА №6</u></p> <p>Больная 30 лет, поступила в инфекционную больницу с жалобами на многократную рвоту, сильную тошноту, умеренные боли в эпигастрии и околопупочной области, частый, жидкий, обильный стул.</p> <p>Заболевание началось остро, 8 часов назад. Появился озноб, головная боль, сильная тошнота, многократная рвота пищей, затем желчью, отмечались схваткообразные боли в верхней половине живота, жидкий, обильный стул с примесью слизи до 10 раз, повысилась температура до 38,5°С.</p> <p>При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 39°С. Сознание сохранено. В легких хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-100 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-100/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Сигма не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены. Стул жидкий, зеленоватого цвета, обильный, с примесью слизи. Диурез снижен. Менингеальных явлений нет.</p>

		<p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.-$4 \times 10^{12}/л$, Нв-140 г/л, Лц.-$10 \times 10^9/л$, Эоз-0, Юнн-2, П-16, С-70, Лм-10, Мон-3, СОЭ-12мм/час. Моча - следы белка, единичные лейкоциты и эритроциты. Индекс гематокрита 50%.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференциальный диагноз. 4. План обследования. 5. Лечение, выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 6</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, средней тяжести, дегидратация 1-2-ой степени. 2. Меню за последние 2-ое суток до заболевания. Есть ли заболевание среди лиц, употреблявших те же пищевые продукты. Сведения о заболеваемости в детсаду. 3. ПТИ, дизентерия, холера, ботулизм. 4. Посев кала, мочи, крови, рвотных масс или промывных вод на патогенную и условно-патогенную кишечную флору. Кровь на РНГА с дизентерийным и сальмонеллезным диагностикумом. 5. Промывание желудка 2% раствором соды до отхождения чистых промывных вод. <u>Патогенетическая терапия:</u> в/венное введение полиионных растворов, предварительно подогретых до 38-40°C. ("Квартасоль", "Трисоль", "Ацесоль", "Хлосоль", "Лактосоль"), в объеме 1500- 2000 мл. После прекращения рвоты перейти на пероральную регидратацию (хлорид калия - 1,5г., бикарбонат натрия - 2,5г., глюкоза - 20г. на 1 л. кипяченой воды). С целью <u>дезинтоксикации и энтеросорбции</u> – энтеродез, полисорб, энтеросгель. Индометацин по 1т 3 раза в день 5 дней. Ферменты. Кишечные антисептики. Энтерол. 6. Промывание желудка 2% раствором соды. Госпитализация, посылка экстренного извещения в ГЦСЭН. 7. Выявление в очаге больных и бактерионосителей. Дезинфекция. Санпросветработа. В квартире проводится заключительная дезинфекция. Наблюдение за контактными осуществляется в течение 7 дней: ежедневный опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрия. Однократному бактериологическому обследованию подлежат работники пищевых предприятий и лица к ним приравненные, дети, посещающие организованные коллективы. Правила выписки и диспансеризация переболевших согласно СанПин.
ОПК-2	7	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА №7</u></p> <p>Больной Б., 45 лет, по возвращению из Средней Азии, где был в командировке почувствовал себя больным. Вызвал врача, и по "скорой помощи" направлен в инфекционный</p>

стационар. Из анамнеза известно что, заболел остро, среди ночи появился жидкий, водянистый стул, затем повторная рвота. Нарастала слабость, головокружение. Был поставлен диагноз "пищевая токсикоинфекция".

Больному промыт желудок, внутривенно введено 500 мл. 5% глюкозы. Состояние продолжало ухудшаться, участилась рвота. Рвота фонтаном, без предшествующей тошноты. Стул водянистый в виде рисового отвара 4-5 раз, появились судороги в икроножных мышцах, мышцах верхних конечностей.

При обследовании - голос сиплый, акроцианоз, черты лица заострены, тургор кожи снижен, температура - 35,5⁰С, пульс нитевидный. АД - 50/20. Язык, склеры – сухие, Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка – не пальпируется. Больная не мочится. Сознание сохранено.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. План обследования.
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ОТВЕТЫ

1. Холера, тяжелое течение. Алгид.
2. Где находилась последние 5 дней. Были ли контакты с людьми, у которых была дисфункция кишечника. Из какого источника пила воду. Соблюдает ли правила личной гигиены, моет ли руки перед едой.
3. Сальмонеллез, пищевая токсикоинфекция.
4. Посев каловых и рвотных масс на 2% пептонную воду (кал на форму 30). ПЦР (исследуемый материал- каловые массы)
5. Объем инфузии при дегидратации IV степени. Введение солевых растворов "Квартосоль", "Хлосоль", "Трисоль", в подогретом виде (до 38⁰), первые 2-4 литра - струйно (70-120 мл/мин.), затем переходить на капельное введение этих же растворов (40-60 мл/мин.) суммарно до 7 литров, с последующей коррекцией потерь. С появлением мочи у больного - оральная регидратация (регидрон, глюколан). Этиотропная терапия - тетрациклин 0,3 x 4 раза в день (или доксициклин в общепринятой дозировке) в течение 3-4 дней.
6. Направление в инфекционную больницу, извещение в ГЦСЭН сообщение по телефону ГЦСЭН и администрации лечебного учреждения.
7. Обсервация в течение 5 дней контактных, химиопрофилактика тетрациклином (доксициклином) 5

		<p>дней. Дезинфекция текущая и заключительная в очаге, наблюдение за контактными. Правила выписки из стационара и наблюдение за переболевшими согласно СанПин.</p>
ОПК-7	8	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА №8</u></p> <p>Больной, 20 лет, студент, живет в общежитии. В инфекционный стационар поступил через 4 часа от начала болезни с жалобами на боли в эпигастральной области, многократную рвоту, судороги в икроножных мышцах. Отмечается также умеренная головная боль, выраженная общая слабость.</p> <p>Заболел остро. Появился озноб, сильная тошнота, многократная рвота пищей, схваткообразные боли в эпигастрии, жидкий обильный стул «без счета», кратковременные судороги мышц нижних конечностей. По скорой помощи был доставлен в инфекционный стационар.</p> <p>При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,5°C, сознание ясное. В легких хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-94 уд/мин., ритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Сигма не спазмирована. Стул жидкий, обильный, зловонный, без патологического применения.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.-4×10^{12}/л, Нв -136г/л, Лц.-$7,8 \times 10^9$/л, Эоз.-нет, П-6, С-70, Лм-18, Мон-6, СОЭ-10 мм/час. Индекс гематокрита 50%. Моча: ед. лейкоциты.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания. 4. План обследования 5. Лечение, выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге. <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 8</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пищевая токсикоинфекция, средней тяжести, дегидратация 1-2 степени. 2. Меню за последние сутки. Есть ли заболевшие среди лиц, употреблявших те же продукты, что и больной. 3. Сальмонеллез, холера, ботулизм. 4. Посев кала, рвотных масс или промывных вод желудка на патогенную и условно-патогенную кишечную флору. 5. Промывание желудка 2% раствором гидрокарбоната натрия до отхождения чистых промывных вод. <u>Патогенетическая терапия:</u> Внутривенное введение полиионных растворов, предварительно подогретых до 39-40°C ("квартасоль", "трисоль", "ацесоль", "хлосоль", "лактосоль") в количестве до

		<p>1,5- 2,0 л. в сутки. После прекращения рвоты перейти на пероральную регидратацию (хлорид натрия - 3,5г., натрия - 2,5г., глюкоза - 20г. на 1 литр кипяченой воды). Энтеросорбенты, ферменты, спазмолитики по показаниям, энтерол</p> <p>6. Промывание желудка 2% раствором соды, госпитализация. Экстренное извещение в ГЦСЭН.</p> <p>7. Выявление в эпидочаге больных. Заключительная дезинфекция с использованием 30% раствора хлорамина. Санитарно-просветительная работа. Правила выписки из стационара, допуск к работе и наблюдение за переболевшими согласно СанПин.</p>
ПК-2	9	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА №9</u></p> <p>Больная И., 30 лет, при поступлении в стационар жалуется на сильную сухость во рту, общую слабость, затруднение при глотании сухой пищи, нарушение зрения в виде сетки перед глазами.</p> <p>Заболела остро 3 дня назад, появились сухость во рту, слабость, вздутие живота. К вечеру возникло двоение и расплывчатость предметов перед глазами. На вторые сутки слабость усилилась, стала ощущать затруднения при глотании твердой пищи. Обратилась к врачу-офтальмологу, срочно была госпитализирована в инфекционный стационар. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела нормальная. Адинамична. Мышечный тонус умеренно снижен. Голос охрипший. Движения глазных яблок умеренно ограничены во все стороны, выявлен мидриаз со снижением зрачковых реакций на свет, нарушены конвергенция и аккомодация. Пульс-78 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-100/65 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧДД-20 в мин. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание. Слизистые оболочки ротовой полости суховатые, язык обложен желтоватым налетом. Глотание пищи затруднено. Живот вздут. Печень и селезенка не увеличены. Задержка стула. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Нв-140г/л, Лц.-8,6x10⁹/л, Лимф.-21%, СОЭ-20 мм/час, глюкоза-3,3 ммоль/л, амилаза-4,2 ммоль/л. Моча: уд.вес-1032, белка нет, лейкоциты -1-2 в п/зр.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания. 4. План обследования. 5. Лечение, выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге. <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ №9</u></p>

		<p>1. Ботулизм пищевой, средней тяжести.</p> <p>2. Употребляла ли больная в течение последних 10 дней консервированные продукты, вяленую рыбу, окорок, колбасы домашнего приготовления?</p> <p>3. Отравление беленой, метиловым спиртом, грибами, пищевая токсикоинфекция, гипертонический криз, острое нарушение мозгового кровообращения, дифтерия.</p> <p>4. До введения лечебной сыворотки, с целью обнаружения возбудителя ботулизма - посев крови, промывных вод желудка, рвотных масс, пищевых продуктов, вызвавших заболевание. После получения центрифугата или фильтра из вышеперечисленных веществ, ставится реакция нейтрализации для выявления ботулотоксина. Проводится биопроба на белых мышцах для определения типа токсина.</p> <p>5. Зондовое промывание желудка 5% раствором натрия гидрокарбоната. Высокая очистительная клизма с 5% раствором гидрокарбоната. <u>Этиотропная терапия</u> с целью нейтрализации токсина после предварительного выявления чувствительности к чужеродному белку в/м вводится <u>поливалентная противоботулиническая сыворотка</u> (тип А-10 тыс.МЕ, тип В-5 тыс.МЕ, тип Е-10 тыс.МЕ). При тяжелом течении, при необходимости, через 8-10 часов повторяют введение сыворотки. Для воздействия на вегетативные формы возбудителя назначают <u>левомицитин сукцинат</u> натрия по 2,0 в сутки в/м в течение 7-8 дней. <u>Дезинтоксикационная терапия</u>: внутривенное, капельное введение 5% глюкозы с 6 ЕД инсулина, 400 мл. реополиглюкина, ремаксолола, реамберина в объеме до 3-4 л/сут, плазмообмен, ГБО, плазмаферез. Цитохром. Прозерин</p> <p>6. Экстренная госпитализация больного в инфекционный стационар. Подать в ГЦСЭН экстренное извещение об установленном диагнозе.</p> <p>7. Наблюдение за всеми употреблявшими в пищу продукты, вызвавшие заболевание. Отправить на анализ для обнаружения возбудителя и токсина остатки всех видов продуктов, употреблявшихся в пищу, а также смывы и соскобы со столов, досок, ножей и т.д. А, В, С, Д, Е. Санитарно-просветительная работа.</p>
ОПК-2	10	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N 10</u></p> <p>Больной Г., 29 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на умеренную головную боль, схваткообразные боли внизу живота, особенно слева, жидкий стул со слизью и прожилками крови.</p> <p>Болен сутки. Начало болезни острое, озноб, температура 38,3°C, сильные схваткообразные боли внизу живота, особенно слева, стул скудный со слизью и кровью (8-10 раз в сутки).</p> <p>При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. Температура - 37,5°C.</p>

		<p>Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. АД-100/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, особенно слева. Пальпируется болезненная спазмированная сигма. Печень селезенка не пальпируются. Стул жидкий, скудный с примесью слизи и прожилками крови.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.-$4,5 \times 10^{12}$/л, Нв -120г/л, Лц.-$7,6 \times 10^9$/л, Лм.-29, Мон-5, П-21, Эоз-0, С-45, СОЭ-20мм/час. Моча: уд. вес-1020 , Лц - ед. в п/зр.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания. 4. План обследования 5. Лечение, выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге. <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 10</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дизентерия, острая, колитический вариант, легкое течение. 2. Меню за 2 дня до начала заболевания. Где и сколько хранились пищевые продукты Есть ли заболевшие среди лиц, употреблявших в пищу те же продукты, что и заболевшая. 3. Сальмонеллез, гастроколитический вариант, эшерихиоз, амебиаз, балантидиаз, иерсиниоз. 4. Посев испражнений на питательные среды для обнаружения шигелл, сальмонелл, УПФ. Кровь на РНГА с дизентерийным диагностикумом, копроцистоскопия, ректороманоскопия. 5. <u>Этиотропная терапия:</u> фуразолидон - 0,1 4р. в день, 5 дней. Диета4, энтеросорбенты, ферменты, пробиотики. 6. Изоляция больного дома. Назначение ему комплексного обследования и адекватной терапии. Информация врача КИЗа о заболевании. Отправка экстренного извещения в ГЦСЭН. 7. Дезинфекция в очаге (текущая и заключительная), наблюдение за контактными в течение 7 дней (опрос, бактериологическое исследование испражнений).
ПК-2	11	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N 11</u></p> <p>Больная С., 15 лет, школьница, жалуется на общее недомогание, слабость, жар, боли в горле при глотании.</p> <p>Заболевание началось остро, три дня назад. Все дни Т-38,0-39,0°С, с вышеперечисленными жалобами.</p> <p>При осмотре состояние средней тяжести. Сознание ясное, но больная вялая, ослабленная, Т-38,5°С. Задняя стенка глотки и миндалины умеренно гиперемированы и отечны. В лакунах миндалин беловато-желтоватые, рыхлые, легко снимающиеся</p>

		<p>налеты. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы до 2 см в диаметре, шейные всех групп, подмышечные и паховые до 1 см в диаметре. Лимфоузлы эластичные, малоблезненные, подвижные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс-106 уд в 1 мин., АД-110/70 мм.рт.ст. Печень выступает на 3 см из подреберья по среднеключичной линии. Край селезенки эластичный, выступает на 1 см из-под реберной дуги.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.4,5 x10¹²/л, Нв-130г/л, Лц.-12,0x10⁹/л, Ю-2, П-8, С-16, Лм-52, Мон-22, 60% лимфоцитов - атипичные мононуклеары, СОЭ-10 мм/час. Моча: уд. вес-1016, белок-следы, лейкоциты и эпителиальные клетки единичные в п/зр.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференциальный диагноз. 4. План обследования. 5. Лечение. выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия. <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 11</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инфекционный мононуклеоз, среднетяжелое течение. 2. Есть ли больные острыми лихорадочными заболеваниями в окружении? 3. Цитомегаловирусная инфекция, аденовирусная инфекция, псевдотуберкулез, туляремия, краснуха, острый лейкоз, лимфогранулематоз. 4. Общий анализ крови, биохимическое исследование крови (билирубин, АлАт, АсАт, осадочные пробы), посев с миндалин на микрофлору и дифтерию, серологическое обследование на мононуклеоз (реакция Пауль-Буннеля, Гоффа-Бауэра), anti VCA IgM, anti VCA IgG. 5. Полоскание горла 4% раствором гидрокарбоната натрия, 1:500,0 р-ром фурацилина. Десенсибилизирующие препараты: димедрол - 0,05 3 р., супрастин - 0,025 3р. и др. Витаминотерапия (гр. В и С). Для подавления вторичной микрофлоры можно назначить антибиотик широкого спектра действия, кроме ампициллина, ацикловир, гепатопротекторы, ферменты 6. Госпитализация больного, экстренное извещение в ГЦСЭН. 7. Дезинфекционные мероприятия не проводятся, наблюдение за контактами не устанавливается. При лечении на дому - отдельная посуда и комната, проветривание и кварцевание помещения.
ПК-2	12	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N 12</u></p> <p>Больной М., 36 лет, поступил в инфекционную больницу на</p>

5-ый день заболевания.

Заболевание началось остро, отмечалась слабость, чувство жара, ломота в мышцах, интенсивная диффузная головная боль, боли в пояснице. Все дни держалась температура 38-39°C, с кратковременным снижением после приема анальгетиков. Тупые постоянные боли в поясничной области отмечаются с 3-го дня болезни, несколько раз была рвота после еды, в день поступления - носовое кровотечение. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что в течение последних 3-х недель во время отпуска больной ходил в лес, собирал грибы, купался, ловил рыбу.

При осмотре состояние средней тяжести. Лицо одутловато, мелкие геморрагии в подмышечных областях. В легких везикулярное дыхание. ЧДД-120/65 мм.рт.ст. Живот немного вздут, умеренная болезненность при пальпации в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает на 2 см, чувствительна при пальпации. Поколачивание по пояснице резко болезненное с обеих сторон.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.- $5,2 \times 10^{12}$ /л, Нв-120г/л, Лц.- $7,8 \times 10^9$ /л, Эоз-0, П-4, С-82, Лм-10, Мон-3, Юнн-2, СОЭ-18мм/час. Моча: уд.вес-1001, белок-4,0г/л, Лц.-15-18 в п/зр, Эр.-25-30 в п/зр, гиалиновые цилиндры-5-8, зернистые-4-6, клетки почечного эпителия. Суточное количество мочи-300 мл.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ОТВЕТ N 12

1. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС). Типичная форма. Олигоанурический период. Средней степени тяжести.
2. Был ли контакт с мышевидными грызунами, какое самочувствие отдыхающих вместе с ним людей.
3. Лептоспироз, брюшной тиф, сыпной тиф, острый гломерулонефрит.
4. Серологическая диагностика с антигеном вируса ГЛПС, общий анализ крови, мочи, проба по Зимницкому, определение остаточного азота, мочевины, креатинина в сыворотке крови
5. Этиотропная терапия показана в первые 3 суток заболевания – виразол в/в капельно. Патогенетическая терапия зависит от стадии болезни: в начальном периоде - дезинтоксикация, витамины С, К, антигистаминные средства, анальгетики. на фоне олигурии - лечение острой почечной недостаточности, антибиотики широкого спектра действия, гормонотерапия (ГКС), при анурии - гемодиализ.

		<p>6. Госпитализация больного. Экстренное извещение в ГЦСЭН.</p> <p>7. Санитарно-просветительная работа: уничтожение источников инфекции - мышевидных грызунов, прерывание путей передачи инфекции от грызунов к человеку (ограничение выходов в лес, работа в респираторов и т.д.).</p>
ОПК-7	13	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N 13</u></p> <p>Больной 42 лет, вернулся из Африки, где был в туристической поездке. Заболел остро.</p> <p>Среди полного здоровья, в 10 часов утра появился сильный озноб, который через 1 час сменился чувством жара, появилась головная боль, боли в мышцах, в пояснице, слабость, температура - 39,6°.</p> <p>Через 6-7 часов обильно пропотел, пришлось менять белье. Температура нормализовалась, и через 48 часов, утром - вновь сильнейший озноб, затем повышение температуры до 40°С, распространенные миалгии, головная боль, тошнота, слабость. К вечеру температура резко снизилась до 37°С с обильным потоотделением.</p> <p>При осмотре состояние удовлетворительное, температура 36,8°С, кожные покровы бледные, чистые, сыпи нет. Пульс - 80 ударов в 1 мин., ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже края реберной дуги, эластичная, чувствительная при пальпации. Селезенка на 3 см ниже края реберной дуги, болезненна, умеренно плотная. Стул и диурез без особенностей. Менингеального синдрома нет.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.-2,9x10¹²/л, Нв-120г/л, Лц.-3x10⁹/л, П-6, С-42, Лм-42, Мон-8, СОЭ-14 мм/час. Моча: уд.вес-1012, Лц.-2-3 в п/зр.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания. 4. План обследования 5. Лечение, выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге. <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 13</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Малярия трехдневная, VIVAX. 2. Куда выезжал за последние полтора года? Были ли укусы комаров? 3. Сепсис, лептоспироз, грипп, брюшной тиф, риккетсиозы, 4. Микроскопия толстой капли и мазка крови, окрашенных по Романовскому-Гимзе, кровь на РНИФ, ИФА. 5. Стол 13. <u>Гематошизотропная терапия:</u> на 1-ый день лечения - 1г. делагила (хлорохин, хингамин) на прием, спустя 6-8 часов - 0,5 г. делагила. На 2, 3-ие дни лечения назначают по 0,5 гр.

		<p>делагила 1 раз в день. Затем назначают <u>гистошизотропные средства</u>: примахин (хиноцид) - 0,027 г/сутки, (по 0,009г 3 раза в течение 14 дней). Поливитамины. 6. Госпитализация больного. Экстренное извещение в ГЦСЭН. 7. Индивидуальная профилактика: при работе в эндемичных районах - <u>химиопрофилактика</u> (хлорохин - 2 табл. 1 раз в неделю до въезда в район, во время и после пребывания в нем), защита от нападения комаров. В эпидочагах - <u>массовая химиопрофилактика</u>. Своевременное выявление больных и паразитоносителей. Дезинсекция. Тщательный отбор доноров.</p>
ОПК-2	14	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N14</u></p> <p>Больной К., 48 лет, скотник, поступил в клинику с жалобами на общую слабость, озноб, головную боль, отек, красноту левой голени.</p> <p>Десять дней тому назад на скотном дворе получил ссадину левой голени, на месте которой появилось сначала красное пятно, затем зудящий пузырек с кровянистым содержимым. Через сутки присоединился отек и покраснение кожи голени. При расчесывании кожи пузырек вскрылся, и на его месте образовалась язвочка с приподнятыми краями. Больной отмечал общую слабость, ознобы, головную боль, температура 38,2-39,6°С.</p> <p>При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура 39,2°С. Левая голень резко отечна, отек распространился на стопу, бедро, пальпация его безболезненна. Симптом Стефанского положителен. Кожа пораженной конечности гиперемирована. В нижней трети левой голени на медиальной поверхности имеется безболезненное возвышающееся над кожей образование с черной, запавшей в центре коркой, вокруг которого имеется воспалительный валик красного цвета, на котором расположены мелкие пузырьки, наполненные геморрагическим содержимым. Пальпируются подкожные, бедренные, паховые лимфоузлы, малоболлезненные. Тоны сердца приглушены. Пульс-120 уд/мин., ритмичный. Дыхание везикулярное. АД-140/80 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.-3,8x10¹²/л, Нв-130г/л, Лц.-8,7x10⁹/л, Эоз-2, П-8, С-56, Лм-33, Мон-1, СОЭ-20 мм/час. Моча: уд. вес-1015, белок-следы, Лц.-1-3 в п/зрения.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания. 4. План обследования 5. Лечение, выписать рецепты.

		<p>6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.</p> <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 14</u></p> <p>1. Сибирская язва, кожная форма, средней тяжести. 2. Здоровы ли домашние сельскохозяйственные животные (коровы, свиньи и т.д.)? 3. Карбункул или фурункул стафилококковой этиологии, кожная форма чумы. 4. Бактериологическое и бактериоскопическое исследование содержимого карбункула. Кожная аллергическая проба с антраксином. Иммунофлюоресцентный метод. Заражение лабораторных животных. 5. <u>Этиотропная терапия</u>: Пенициллин - по 1 млн. 6 р. в/м. <u>Противосибирезвенный иммуноглобулин</u> - 40 мл в/м 2 дня. <u>Патогенетическая терапия</u>: глюкоза 5% - 400,0мл, гемодез - 400,0 мл, ацесоль - 400,0 мл, переливание нативной плазмы. 6. Госпитализация. Экстренное извещение в ГЦСЭН, информация эпидемиолога по телефону о заболевании. 7. Выявление больных животных и их изоляция. Сжигание трупов животных. Обеззараживание инфицированных объектов (стойла, кормушки и т.д.). Наблюдение за контактными с заразным материалом или больными животными в течение 2-х недель. Вакцинация людей и животных в эпидочаге сухой живой противосибирезвенной вакциной.</p>
ОПК-2	15	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N 15</u></p> <p>Больная М., 35 лет, поступила в инфекционный стационар с жалобами на периодические ознобы, высокую температуру, обильное потоотделение. Отмечает головную боль, слабость, боли в пояснице. Из анамнеза установлено, что 3 недели назад попала в автомобильную катастрофу. Лечилась в травматологическом отделении, где неоднократно ей переливалась кровь.</p> <p>Заболевание началось остро, три дня назад. Утром появился резкий озноб, головная боль, повысилась температура до 39,5°С.. Температура держалась 3-4 часа, затем с обильным потоотделением снизилась до нормы. Снижение температуры больная объясняет приемом амидопирин и сульфодимезина. Через 2 дня, утром, на 3-ий день вновь появился озноб, температура повысилась до 39,8°С.. Была вызвана "скорая помощь", больная направлена в инфекционную больницу.</p> <p>При осмотре состояние средней тяжести. Температура - 39,3°С. Сознание ясное. Кожа чистая, лицо гиперемировано. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс-110 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен тонким налетом. Живот мягкий, пальпируется, селезенка на 2 см ниже реберной дуги. Печень на 1 см ниже реберной дуги. Пальпация умеренно болезненная.</p>

		<p>Физиологические отправления без особенностей. Менингеальные симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицательный.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.-$3,8 \times 10^{12}/л$, Нв-120г/л, Лц.-$4,0 \times 10^9/л$, Э-2, П-4, С-40, Лм-44, Мон-10, СОЭ-22мм/ч. Моча: белка нет, единичные клетки плоского эпителия</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания. 4. План обследования 5. Лечение, выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге. <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 15</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Малярия четырехдневная, средней тяжести. 2. Выезжала ли за пределы России и была ли в эндемичных по малярии районах? Когда была гемотрансфузия? 3. Грипп, брюшной тиф, лихорадка Ку, бруцеллез. 4. Микроскопия толстой капли и мазка крови по Романовскому-Гимзе, кровь на РНИФ,ИФА. 5. Стол 13. <u>Гематошизотропная</u> терапия: Фансидар в течение 5 дней, Поливитамины. <u>Гистошизотропная терапия не проводится</u> т.к. рецидивов при 4-х дневной малярии не бывает. 6. Госпитализация больной. Экстренное извещение в ГЦСЭН. 7. Обследование на малярию доноров, чья кровь была перелита больной, обследование других больных, которым была перелита кровь этих доноров.
ПК-2	16	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N 16</u></p> <p>Больная К, доярка, 42 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, озноб, головную боль, отек, красноту левой голени.</p> <p>Десять дней тому назад на ферме получила ссадину левой голени, на месте которой появилось сначала красное пятно, затем зудящий пузырек с кровянистым содержимым. Через сутки присоединился отек и покраснение кожи голени. При расчесывании кожи пузырек вскрылся, и на его месте образовалась язвочка с приподнятыми краями. Больная отмечала общую слабость, ознобы, головную боль, температура $38,2-39,6^{\circ}C$.</p> <p>При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура $39,2^{\circ}C$. Левая голень резко отечна, отек распространился на стопу, бедро, пальпация его безболезненна. Симптом Стефанского положителен. Кожа пораженной конечности гиперемирована. В нижней трети левой голени на медиальной поверхности имеется</p>

		<p>безболезненное возвышающееся над кожей образование с черной, запавшей в центре коркой, вокруг которого имеется воспалительный валик красного цвета, на котором расположены мелкие пузырьки, наполненные геморрагическим содержимым. Пальпируются подкожные, бедренные, паховые лимфоузлы, малоблезненные. Тоны сердца приглушены. Пульс-120 уд/мин., ритмичный. Дыхание везикулярное. АД-140/80 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.-3,8x10¹²/л, Нв-130г/л, Лц.-8,7x10⁹/л, Эоз-2, П-8, С-56, Лм-33, Мон-1, СОЭ-20 мм/час. Моча: уд. вес-1015, белок-следы, Лц.-1-3 в п/зрения.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания. 4. План обследования 5. Лечение, выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге. <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 16</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сибирская язва, кожная форма, средней тяжести. 2. Здоровы ли домашние сельскохозяйственные животные (коровы, свиньи и т.д.)? 3. Карбункул или фурункул стафилококковой этиологии, кожная форма чумы. 4. Бактериологическое и бактериоскопическое исследование содержимого карбункула. Кожная аллергическая проба с антраксином. Иммунофлюоресцентный метод. Заражение лабораторных животных. 5. <u>Этиотропная терапия:</u> Пенициллин - по 1 млн. 6 р. в/м. <u>Противосибирезвенный иммуноглобулин</u> - 40 мл в/м 2 дня. <u>Патогенетическая терапия:</u> глюкоза 5% - 400,0мл, гемодез - 400,0 мл, ацесоль - 400,0 мл, переливание нативной плазмы. 6. Госпитализация. Экстренное извещение в ГЦСЭН, информация эпидемиолога по телефону о заболевании. 7. Выявление больных животных и их изоляция. Сжигание трупов животных. Обеззараживание инфицированных объектов (стойла, кормушки и т.д.). Наблюдение за контактными с заразным материалом или больными животными в течение 2-х недель. Вакцинация людей и животных в эпидочаге сухой живой противосибирезвенной вакциной.
ОПК-7	17	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N 17</u></p> <p>Больная к., 50 лет, строитель, направлен в стационар с</p>

		<p>жалобами на умеренную головную боль, чувство жара, покраснение и отечность кожи нижней трети левой голени.</p> <p>Болен первый день. Заболел остро. Отмечался редкий озноб, температура быстро повысилась до 38,5°C. Через несколько часов на коже голени появилось красное пятно, которое быстро увеличивалось.</p> <p>При осмотре состояние средней тяжести. Температура 38,8°C. В области левой голени яркая эритема, края пораженного участка неровные, с четким ограничением от здоровой кожи, с наличием периферического валика. Кожа в области эритемы отечна, напряжена, умеренно болезненна, горячая на ощупь. Пальпируются увеличенные подколенные лимфатические узлы. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс-110 уд/мин., ритмичен. АД-110/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.-4,5x10¹²/л, Нв-120г/л, Лц.-10,5x10⁹/л, Эоз-3, П-17, С-64, Лм-11, Мон-5, СОЭ-30 мм/час. Моча: следы белка, Лц-1-2 в п/зрения.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания. 4. План обследования 5. Лечение, выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге. <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 17</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Первичная рожа левой щеки, средней тяжести, эритематозная форма. 2. Контакт с больными различными стрептококковыми инфекциями (ангина, скарлатина, стрептодермия и др.). Наличие очагов хронической стрептококковой инфекции ЛОР-органов и полости рта у больной. 3. Герпетическая инфекция, сибирская язва, аллергический дерматит, флегмона, абцесс. 4. Кровь на сахар, коагулограмма, свертывающая система крови. 5. <u>Этиотропная терапия:</u> Цефалоспорины в/м или в/в. <u>Патогенетическая терапия:</u> ангиопротекторы, трентал, УФО или магнит местно. 6. Госпитализация, отправка экстренного извещения в ГЦСЭН. 7. Санитарно-просветительная работа. Соблюдение правил гигиены, защита целостных кожных покровов. Санация очагов хронической стрептококковой инфекции.
ПК-2	18	<u>ЗАДАЧА N 18</u>

Больной К., студент колледжа, считает себя больным со вчерашнего дня. С утра почувствовал озноб, затем температура тела повысилась до 39,8°C. Все это время беспокоила сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, ломота в теле, костях. Исчез аппетит, тошнило. Рвоты не было. К концу первого дня болезни появилась заложенность носа, першение в горле и за грудиной, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. После приема аспирина самочувствие не улучшилось.

При осмотре состояния больного средней тяжести. Вялый, адинамичный. Температура тела 39,5°C. Отмечается гиперемия и одутловатость лица, выраженная инъекция сосудов склер и конъюнктив. Дыхание через нос затруднено. Выделений из носовых ходов нет. В зеве разлитая гиперемия мягкого неба, дужек, миндалин, задней стенки глотки. Налетов на слизистых нет. На мягком небе - милиарная зернистость, на задней стенке глотки - гранулярная. Лимфатические узлы не пальпируются. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 102 уд/мин, ритмичный АД-110/60 мм.рт.ст. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Нервно-психический статус обычный. Кал и моча не изменены. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.-4,4x10¹²/л, Цв.пок.-1,1, Лц.-3,5x10⁹/л, Эоз-2, П-7, С-44, Лм-38, Мон-9, СОЭ-8 мм/час. Моча: уд.вес-1014, единичные клетки плоского эпителия.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ОТВЕТ N 18

1. Грипп, средняя тяжесть.
2. Уточнить возможность контакта с больными, у которых были аналогичные проявления последние 3-7 дней.
3. Парагрипп, аденовирусная инфекция, РС-инфекция, микоплазмоз и другие ОРВИ.
4. Мазки из зева, носа и кровь на вирусы на ПЦР, иммунофлюоресцентный метод. Кровь на РТГА, ИФА с гриппозным диагностикумом.
5. Этиотропная терапия: Арбидол 0,2 x 4 р внутрь, или озельтамивир 75 мг x 2 р/сут внутрь или занамивир 5 мг x 2 р/сут ингаляционно, или нобазит 0,1 x 3 р/сут или ингавирирн 902мг x 1 р/сут внутрь. Интерферон (лейкоцитарный) -

		<p>интраназально, по 2-3 капли каждые 2 часа, Амиксин (по схеме) При тяжелом течении - противогриппозный иммуноглобулин по 3 дозы ежедневно в течение 3-х дней, <u>Патогенетическая и симптоматическая терапия</u>: питьевой режим 3 л/сут – теплое щелочное питье. По показаниям – противокашлевые, отхаркивающие средства.</p> <p>6. Экстренное извещение в ГЦСЭН.</p> <p>7. По возможности - изолировать больного от окружающих, проветривать помещение 3-5 раз в день, маска больному и окружающим. Влажная уборка помещения 0,5% раствором хлорамина. Санитарно-просветительная работа.</p>
ПК-2	19	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N 19</u></p> <p>Больная З., 20 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на головную боль в лобной области, небольшую слабость, недомогание, насморк, сухость и першение в горле, незначительные боли в горле при глотании, охриплость голоса, сухой "лающий" кашель.</p> <p>Заболела 2 дня назад. С утра заметила недомогание, познабливало. Температура тела поднялась до 37,5°C, беспокоила незначительная головная боль. К вечеру присоединился жар, небольшая потливость, заложенность носа, необильные серозные выделения из носовых ходов, першение в горле. На следующий день температура 37,8°C, насморк не усилился, однако появился неприятный, сухой, надсадный кашель, изменился тембр голоса. С этого времени больная самостоятельно принимала амоксициллин. Живет в общежитии.</p> <p>При осмотре общее состояние больной удовлетворительное, температура тела 37,5°C. Кожа нормальной окраски. Слизистая склер, конъюнктив немного гиперемирована, сосуды склер инъецированы. Из носа - необильное серозное отделяемое. В зеве - разлитая, довольно яркая гиперемия мягкого неба, дужек, задней стенки глотки, ее зернистость. Миндалины не увеличены. Голос охриплый, тембр снижен. В легких единичные сухие хрипы. Число дыхательных движений - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-82 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных явлений нет.</p> <p><u>Лабораторные данные</u>: Кровь: Эр.-4,2x10¹²/л, Нв-120г/л, Лц.-4,8x10⁹/л, П-4, С-68, Лм-28, СОЭ-10 мм/час. Моча: уд.вес-1021, Лц.-ед. в п/зр.,</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания. 4. План обследования 5. Лечение, выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта.

		<p>7. Противозидемические мероприятия в очаге.</p> <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 19</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Парагрипп, средней тяжести. 2. Уточнить возможность контакта с людьми, у которых были аналогичные клинические проявления в последние 3-7 дней. 3. Грипп, РС-инфекция, микоплазмоз, аденовирусная инфекция, коклюш 4. Мазки из зева и носоглотки - на респираторные вирусы, методом ПЦР кровь - на вирусы (парные сыворотки). Кровь - на РТГА и РСК. Иммунофлюоресцентный метод. 5. Обильное питье, сосудосуживающие капли в нос, щелочные полоскания зева, ингаляции, иммуномодуляторы, адаптогены, интерфероны интраназально. 6. Госпитализация в инфекционный стационар. Экстренное извещение в ГЦСЭН. 7. В очаге - заключительная дезинфекция: влажная уборка 5% раствором хлорамина, проветривание помещения. Маски.
ПК-2	20	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N 20</u></p> <p>Больная О., 45 лет, доярка, поступила на 9-ый день болезни с жалобами на общую слабость, головную боль, озноб, плохой сон и аппетит. Заболела постепенно: слабость, адинамия, познабливание, ухудшение аппетита. Температура в первый день болезни - 37,5°C, а затем в течение 6 дней - 37,8-38,0°C. На 7-ой день болезни больная вызвала врача на дом. Был поставлен диагноз "грипп". Медикаментозная терапия антигриппином эффекта не дала. При повторном осмотре врачом на 9-ый день болезни больная была направлена в инфекционную больницу с диагнозом: "грипп, затянувшееся течение".</p> <p>При осмотре общее состояние средней тяжести, температура 38,4°C, вялая, адинамичная, сознание ясное. Кожные покровы бледные, на груди единичные розеолы. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс-78 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык обложен бледно-серым налетом, сухой, с отпечатками зубов, кончик языка и его края свободны от налета. Живот мягкий, немного вздут, болезненный по ходу кишечника. Печень на 1-2 см выступает из-под реберной дуги, болезненная, край заострен. Селезенка пальпируется в левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Менингеальные симптомы отсутствуют. Стул 2-3 раза в сутки в виде "горохового супа". Мочеиспускание в норме.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.4x10¹²/л, Нв-120г/л, Лц.-12x10⁹/л, Эоз-нет, П-15, С-42, Лм-41, Юнн.-2. Моча: уд.вес-1024, белок-0,033г/л.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания. 4. План обследования 5. Лечение, выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге. <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 20</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Брюшной тиф, типичная форма, средняя тяжесть. 2. Выяснить был ли контакт с лихорадящими больными в течение последних трех недель перед заболеванием. Выяснить возможную роль воды и пищевых продуктов в возникновении заболевания. 3. Грипп, сыпной тиф, лихорадка Ку, пневмония, бруцеллез (острая форма), малярия, сепсис. 4. Посев крови на гемокультуру (желчный бульон, среду Раппопорта): копро- урино- розеолокультуры, при необходимости - миелокультура. Иммунофлюоресцентный и иммуноферментный метод выявления специфического антигена в крови, кале, моче. РНГА с эритроцитарным диагностикумом. 5. Строгий постельный режим до 6-7-го дня нормальной температуры, с 7-8 дня разрешается сидеть, с 10-11 дня - ходить. Диета - стол №4-а, №4 (2,5-3тыс. кал). <u>Этиотропные средства</u>: левомецетин - 0,5 4 р. в сутки, или ампицилин - 1,0 4 раза в сутки до 10-12 дня нормальной температуры. <u>Дезинтоксикационная терапия</u>: обильное питье, раствор Рингера - 400,0мл., реополиглюкин - 400,0мл 5% р-р глюкозы - 500,0 мл. Для повышения <u>неспецифической резистентности</u> организма - витамины, 6. Ранняя диагностика, своевременная госпитализация в инфекционный стационар. Экстренное извещение в ГЦСЭН. 7. Текущая и заключительная дезинфекция 0,5% раствором хлорамина или хлорной извести. Выявление в очаге больных бактерионосителей. Медицинское наблюдение за контактными в течение 21 дня (ежедневная термометрия, опрос, осмотр). Однократному бактериологическому обследованию подлежат работники пищевых предприятий и лица к ним приравняемые. У ранее переболевших брюшным тифом, а также лиц, страдающих заболеваниями печени и желчевыводящих путей, производится посев дуоденального содержимого и исследование крови на РНГА с эритроцитарным антигеном. Специфическая профилактика в очаге - назначение бактериофага 20-30 мл натоцак в содовом растворе, всем контактным. Санитарно-просветительная работа.
ОПК-7	21	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N 21</u></p> <p>Больной 36 лет, водитель, поступил в инфекционную</p>

больницу на 8-ой день болезни с жалобами на общую слабость, головную боль, плохой аппетит.

Заболевание началось с недомогания, нарастающей головной боли, постепенного повышения температуры, повторяющихся ознобов. Обратился к врачу на 5-ый день болезни, когда слег в постель. Врач назначил больному амидопирин. Состояние продолжалось ухудшаться - температура 39,5-40°C. При повторном посещении на 9-ой день болезни врач направил больного в инфекционную больницу.

При осмотре: состояние тяжелое, температура 39,8°C, адинамичен, с трудом отвечает на вопросы (заторможен). Лицо бледное. На коже груди и животе единичные розеолезного характера элементы сыпи, бледно-розового цвета. Тоны сердца глухие. Пульс-74 уд/мин., дикротичен. АД-110/60 мм.рт.ст. В легких сухие хрипы. Язык обложен густым коричневым налетом, утолщен, с отпечатками зубов по краям языка. Живот вздут, отмечается урчание в области слепой кишки. Печень, селезенка пальпируются мягким краем. Накануне стула не было. На следующий день пребывания в стационаре температура у больного резко снизилась до 37,1°C, прояснилось сознание, появилась резкая слабость, головокружение. Кожные покровы и слизистые бледные, подсыпание единичных розеол на коже груди. Пульс-120 уд/мин., дикротичен. АД-100/50 мм.рт.ст. Живот вздут, урчание и болезненность при пальпации в илеоцекальном отделе кишечника, положительный симптом Падалки. Стул темно-коричневого цвета, кашицеобразный.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.- $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв-120г/л, Лц.- $11,5 \times 10^9/л$, Эоз-0, П-11, С-45, Лм-39, Мон-5, СОЭ-22мм/час. Моча: уд.вес-1020, следы белка.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ОТВЕТ N 21

1. Брюшной тиф, тяжелое течение, осложненное кишечным кровотечением.
2. Выяснить контакт на протяжении 3-х недель от начала заболевания с лихорадочными больными и бактерионосителем брюшнотифозной палочки. Задать вопросы относительно употребления в пищу молочных продуктов, мороженого, заливных блюд, кремов, овощей. Выяснить роль воды и пищевых продуктов в возникновении заболевания.

		<p>3. Грипп, ОРВИ, сыпной тиф, лихорадка Ку, туберкулез, лимфогранулематоз.</p> <p>4. Посев крови на гемокультуру (в желчный бульон или среду Раппопорта), кала и мочи, соскоба из розеол, Можно сделать посев из костного мозга, полученного путем пункции или трепанобиопсии. РНГА с сальмонеллезным диагностикумом - парные сыворотки.</p> <p>5. Лечение: Строгий постельный режим в положении на спине в течение 12-24 часов, подвесить холод на живот, голод на 12 час, объем выпиваемой жидкости сокращается до 500 мл. <u>Этиотропная терапия:</u> Левомецетин - 0,5 4 раза в день, или ампицилин по 4-6 гр. в сутки до 12 дня нормальной температуры, ципрофлоксацин по 500мг 2 раза в сутки. <u>Патогенетическая терапия:</u> Переливание плазмы и других препаратов крови, по необходимости - гемотрансфузии; солевые растворы, викасол, кальция хлорид 10% - 10,0 в/в. Ангиопротекторы: рутин, аскорбиновая кислота, ингибиторы фибринолиза (аминокапроновая кислота 5% - 200,0), ингибиторы протеаз: трасилол, контрикал.</p> <p>6. Своевременная госпитализация. Экстренное извещение в ГЦСЭН.</p> <p>7. Текущая и заключительная дезинфекция 0,5% раствором хлорамина или хлорной извести. Выявление в очаге больных бактерионосителей. Медицинское наблюдение за контактными в течение 21 дня (ежедневная термометрия, опрос, осмотр). Однократному бактериологическому обследованию подлежат работники пищевых предприятий и лица к ним приравняемые. У ранее переболевших брюшным тифом, а также у лиц, страдающих заболеваниями печени и желчевыводящих путей, проводится посев дуоденального содержимого и исследование крови на РНГА с эритроцитарным антигеном. Специфическая профилактика в очаге - назначение бактериофага - 20-30 мл натошак в содовом растворе - всем. Санитарно-просветительная работа. Переболевшие стоят на учете в течение 2-х лет.</p>
ОПК-2	22	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N 22</u></p> <p>Больная С., 30 лет, продавец, поступила в клинику на 2-ой день болезни с жалобами на боль в горле при глотании, общую слабость, головную боль.</p> <p>Заболела остро: появился озноб, температура 37,8-38°С., отмечала боль в горле, общую слабость, снижение аппетита. Осмотрена участковым врачом, направлена в стационар с диагнозом "лакунарная ангина".</p> <p>При осмотре состояние больной средней тяжести. Температура тела 37,5°С. Вялая, адинамичная. Кожные покровы бледные. Зев слабо гиперемирован. Небные миндалины отечны, увеличены, имеются довольно плотные серовато-белые налеты, покрывающие внутренние поверхности обеих миндалин. Снять их удается с трудом, появляется кровоточивость. Пальпируются умеренно</p>

		<p>болезненные подчелюстные лимфоузлы. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-86 уд/мин. ритмичен. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных явлений нет.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.-$4,4 \times 10^{12}$/л, Нв-140 г/л, Лц.-$5,8 \times 10^9$/л, Эоз-1, П-8, С-59, Лм-27, Мон-5, СОЭ-20мм/час. Моча: уд. вес-1024 ,ед. лейкоциты в п/зр.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания. 4. План обследования 5. Лечение, выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге. <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 22</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дифтерия зева, локализованная пленчатая форма, средней тяжести. 2. Контакт с больными, имеющими сходную клиническую симптоматику (болели ли ангиной дети в детском саду, где работает больная, получала ли она предохранительные прививки против дифтерии). 3. Лакунарная ангина стрептококковой или стафилококковой этиологии, туляремия, ангинозно-бубонная форма, ангина Симановского-Венсана, инфекционный мононуклеоз. 4. Бактериологический метод исследования: посев слизи и пленок из зева на среду Леффлера и др. Серологический метод: РНГА в динамике. 5. <u>Специфическая терапия:</u> Противодифтерийная сыворотка 30тыс.МЕ., если налеты не исчезнут через 24 часа введение повторить. Сыворотка вводится в/м дробно для десенсибилизации. <u>Патогенетическая терапия:</u> 10% глюкоза в/в, аскорбиновая кислота 5% - 10,0. Строгий постельный режим в течение 5-7 дней. Диета. 6. Госпитализация больной. Экстренное извещение в ГЦСЭН. При амбулаторном лечении больных ангинами, до назначения антибактериальной терапии, всем назначать посеvy слизи из зева, носоглотки для обнаружения возбудителя дифтерии. 7. В эпидочаге необходимо бактериологическое обследование на дифтерию всех окружающих. Заключительная дезинфекция с использованием 2-3% раствора хлорамина. Карантин на 7 дней.
ОПК-1	23	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N 23</u></p> <p>Больная П., 68 года, заболела остро: возникли озноб, головная боль, чувство сильного жжения в подлопаточной области, резкие боли при дыхании в этой области.</p>

		<p>Самостоятельно принимала аспирин, тетрациклин - облегчения не наступило. На 3-ий день болезни вызвала врача и была направлена для лечения в инфекционную больницу.</p> <p>При осмотре - состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела 38°C. Зев нормальной окраски. На коже спины, в левой подлопаточной области, на отечном и гиперемированном участке кожи - группы пузырьков, наполненные серозным содержимым. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-90 уд/мин., ритмичный. АД-130/80 мм.рт.ст. Язык чист. Живот мягкий, безболезнен. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен. Менингеальных симптомов нет.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.-3,4x10¹²/л, Нв-140г/л, Лц.-5,8x10⁹/л, Эоз-1, П-8, С-39, Лм-47, Мон-5, СОЭ-15 мм/час. Моча: уд.вес-1020, ед. лейкоциты в п/зрения.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания. 4. План обследования 5. Лечение, выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге. <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 23</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опоясывающий лишай, средней тяжести. 2. Был ли контакт с аналогичным больным? 3. Рожа, простой пузырьковый лишай. 4. Общий анализ крови. Выделение вирусов из содержимого пузырьков. Серологические методы: РСК, РНГА, ИФА. Исследование крови на ВИЧ, иммунограмма. 5. <u>Этиотропная терапия:</u> Назначение ацикловира, зовиракса (по схеме) Смазывание пораженного участка ацикловировой мазью, бриллиантовой зеленью. <u>Патогенетическая терапия:</u> Димедрол - 0,05 3 раза в день, ибупрофен - 0,15 г 3 раза в день. При сильных болях и жжении - электрофорез с новокаином, циркулярная блокада с новокаином. Иммуномодуляторы: после исследования иммунограммы). 6. Госпитализация больного. Экстренное извещение в ГЦСЭН. 7. Санитарно-просветительная работа.
ПК-2	24	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА N 24</p> <p>Больная М 32 лет, доставлена в инфекционную больницу бригадой СП через 19 часов от начала болезни. Со слов мужа заболела остро, с озноба, повышения температуры до 39°C, першения в горле, болезненность глазных яблок. Осмотрена</p>

		<p>участковым врачом, поставлен диагноз ОРЗ, выдан больничный лист, назначен аспирин, сульфадиметоксин. Через несколько часов состояние ухудшилось, появилась интенсивная головная боль, рвота, потеряла сознание.</p> <p>Анамнез жизни: болела ОРЗ, ангиной. Состояние крайне тяжелое: без сознания, кожа бледная, на туловище и бедрах геморрагическая сыпь. Элементы сыпи неправильной формы, местами сливаются в крупные поля. Тахипноэ. В нижних отделах легких мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца глухие, 140 уд/мин. Пульс нитевидный. АД-50/0 мм.рт.ст. Ригидность мышц затылка 3 см. Симптомы Кернига и Брудзинского резко положительные.</p> <p><u>Лабораторные данные:</u> Кровь: Эр.-$2,8 \times 10^{12}/л$, Нв-116г/л, Лц.-$18,0 \times 10^9/л$, Эоз-0, П-16, Юнн-2, С-70, Лм-10, Мон-3, СОЭ-25 мм.рт.ст. Моча: следы белка, единичные лейкоциты и эритроциты.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания. 4. План обследования 5. Лечение, выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге. <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 24</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококцемия, менингит. 2. Был ли контакт с инфекционными больными. 3. Менингиты другой этиологии: отогенный, пневмококковый, при лептоспирозе, паротите, туберкулезе. Субарахноидальное кровоизлияние. Опухоль мозга. 4. Микроскопическое, бактериологическое, биохимическое исследование ликвора, бактериологическое исследование отделяемого носоглотки, крови. 5. <u>Антибактериальная терапия:</u> а). Пенициллин калиевая соль 24 млн/сутки в/м + 5 млн.ЕД. натриевой соли бензилпенициллина в/в; б). При непереносимости - левомицетин-сукцинат 1,5г. Зр. в/м <u>Патогенетическая терапия.</u> а) Дезинтоксикация: кристаллоиды, ("трисоль и др. солевые растворы,) коллоиды (альбумин, криоплазма). б) Дегидратационная терапия (фурасемид, гкс, маннитол). в) Коррекция ацидоза: гидрокарбонат натрия. г) <u>Коррекция ДВС-синдрома</u> (гепарин, криоплазма) в зависимости от стадии. 6. Госпитализация больного. Экстренное извещение в ГЦСЭН. 7. Выявление и санация носителей менингококка, ликвидация скученности в закрытых учреждениях, дезинфекция, иммунизация менингококковой вакциной контактных.
ПК-2	25	<u>ЗАДАЧА N 25</u>

Больная Л., 40 лет, работает на мясокомбинате, поступила в стационар с жалобами на резкую головную боль, мышечные и особенно суставные боли, бессонницу, потерю аппетита, выраженную общую слабость.

Заболела 4 дня назад остро. Температура тела повысилась до 39°C, появилась боль в эпигастрии, тошнота, однократная рвота. Отмечалась головная боль, выраженные суставные боли. Насморк, небольшой сухой кашель, общая слабость. На 4-ый день болезни на коже появилась сыпь. "Скорой помощью" доставлена в инфекционный стационар.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура тела 39,5°C. Кожа сухая и горячая, лицо одутловатое. Выявляются симптомы "капюшона", "перчаток" и "носков". Конъюнктивит, инъекция сосудов склер. Бледный носогубный треугольник. Слизистая оболочка зева гиперемирована, на слизистой оболочке мягкого неба мелкопятнистая сыпь. На коже боковых поверхностей туловища, в аксиллярных областях, на сгибательных поверхностях верхних конечностей имеется ярко-розовая мелкопятнистая сыпь на неизменной коже. Пальпируются мелкие безболезненные подчелюстные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-120 уд/мин., ритмичен. АД-110/60 мм.рт.ст. Язык "малиновый". Живот мягкий, чувствителен при пальпации в илеоцекальной области. Печень на 1,5 см выступает из подреберья. Пальпируется селезенка. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Менингеальных явлений нет.

Лабораторные данные: Кровь: Нв-120 г/л, Лц.- $9,0 \times 10^9$ /л, Эоз-3, П-6, С-74, Лм-15, Мон-2, СОЭ-20 мм/час. Моча: следы белка, уд.вес-1020, ед. клетки плоского эпителия, ед. лейкоциты в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ОТВЕТ N 25

1. Псевдотуберкулез, скарлатиноподобная форма, средняя тяжесть.
2. Где питается больная, употребляла ли в пищу салаты из свежих овощей в течение последних 2-х недель. Соблюдает ли правила личной гигиены? Уточнить сведения о наличии грызунов на овощной базе, где работает больная.
3. Скарлатина, брюшной тиф, энтеровирусная инфекция.

		<p>4. Бактериологический метод: посев крови, кала в фосфатно-буферный раствор. Серологический метод: РНГА с псевдотуберкулезным диагностикумом (с 3-ей недели болезни).</p> <p>5. <u>Этиотропная терапия</u>: Один из перечисленных антибиотиков: левомецетин - 0,5г. 4 раза в день, тетрациклин - 0,3г. 4 раза в день, канамицин или гентамицин - в общепринятых терапевтических дозировках. <u>Патогенетическая терапия</u>: Дезинтоксикационная: ацесоль- 400,0 мл., 5% раствор глюкозы - 400,0 мл., витамины групп: В и С, антигистаминные препараты - димедрол, тавегил и др.</p> <p>6. Госпитализация в инфекционный стационар, экстренное извещение в ГЦСЭН.</p> <p>7. Борьба с грызунами, предупреждение проникновения их на пищевые объекты: овощехранилища, столовые и т.д. Соблюдение санитарно-гигиенических правил приготовления и хранения пищевых продуктов, особенно не подвергающихся термической обработке.</p>
ОПК-7	26	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N 26</u></p> <p>Больной Г., 32 лет, недавно вернулся из Казахстана. В связи с жалобами на сильную головную боль, слабость, головокружение, мышечные боли, ознобы, чувство жара, однократную рвоту, вызвал врача на дом.</p> <p>Заболел остро на 5-ый день после возвращения из командировки. С первого дня появился озноб, температура тела повысилась до 40°С, беспокоила сильная головная боль, однократная рвота. На 2-3-ий день болезни самочувствие оставалось плохим, неоднократно повторялись ознобы, температура держалась на высоких цифрах. Самостоятельно принимал жаропонижающие препараты. Улучшения не наступало.</p> <p>При осмотре состояние очень тяжелое. Больной беспокоен, речь невнятна. Температура тела 40,2°С. Число дыхательных движений - 36, однако в легких изменений не обнаружено. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс-100 уд/мин., слабого наполнения и напряжения. АД-90/60 мм.рт.ст. Живот вздут, мягкий, болезненный без четкой локализации. Печень увеличена до 3 см. эластичная, чувствительна. Пальпируется мягкий полюс селезенки. Стула не было. Диурез снижен. Ригидность затылочных мышц 1 см. Остальные менингеальные симптомы отрицательные. На коже правой голени резко болезненная язва размером 3-3,5 см., покрытая темным струпом, с красно-багровым воспалительным валом вокруг. Из-под струпа проступают скудные гнойно-серозные выделения. В правой паховой области пальпируется плотное малоподвижное опухолевидное образование, резко болезненное при пальпации. Кожа над ним гиперемирована, напряжена.</p> <p><u>Лабораторные данные</u>: Кровь: Эр.-4×10^{12}/л, Нв-110г/л, Лц.-12×10^9/л, Эоз-4, Юнн-16, П-24, С-52, Мон-4, Лм.-0, СОЭ-24 мм/час. Моча: следы белка, единичные лейкоциты, свежие</p>

		<p>эритроциты.</p> <p style="text-align: center;"><u>ВОПРОСЫ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза? 3. Дифференцируемые заболевания. 4. План обследования 5. Лечение, выписать рецепты. 6. Тактика участкового терапевта. 7. Противоэпидемические мероприятия в очаге. <p style="text-align: center;"><u>ОТВЕТ N 26</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Чума. Кожно-бубонная форма, тяжелое течение, разгар болезни. 2. Наличие контакта с живыми или мертвыми грызунами, верблюдами во время поездки в Астрахань, укусы блох в это же время. 3. Сибирская язва, острый гнойный лимфаденит, лимфогранулематоз, туляремия, лимфоретикулез, рожа. 4. Бактериоскопическое и бактериологическое обследование пунктата из бубона, содержимое отделяемого карбункула, кровь, моча, рвотные массы. Обследование проводится в специализированных лабораториях. Рентгенограмма грудной клетки, люмбальная пункция. 5. <u>Этиотропная терапия</u>: стрептомицин - 1,0 3 раза в/м. <u>Патогенетическая терапия</u>: реополиглюкин - 400,0 в/в, преднизолон - 90 мг в /м, глюкозо-электролитные смеси - 400,0 в/в, лазикс - 4,0 в/в, коргликон - 0,05% - 1,0 в/в, сульфокамфокаин - 2,0 в/в, димедрол - 2,0 в/м, викасол 1% - 2,0 в/м, витамины групп В и С. Местно по струп и бубону - повязку со стрептомициновой мазью. 6. Госпитализация больного. Срочное извещение по телефону ГЦСЭН, администрации поликлиники о случае выявления особоопасного больного. 7. Изоляция окружающих от больного. Сообщение в поликлинику о случае чумы. Запреты на пользование канализацией, водопроводом, вынос вещей из квартиры. Составление списка контактных, оказание текущей медицинской помощи. Изоляция больного в противочумный госпиталь. Все контактные изолируются в госпиталь на 6 дней и получают лечение стрептомицином по 0,5 2 раза в день. Обслуживание больных и контактных - в специальных защитных костюмах. Вакцинация обслуживающего персонала живой вакциной. Заключительная дезинфекция - 3% раствором хлорамина. Санитарно-просветительная работа среди населения.
ОПК-7	27	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N 27</u></p> <p>Больной К., 18 лет, поступил в клинику с жалобами на</p>

общую слабость, головную боль, тяжесть в правом подреберье, желтуху, темную окраску мочи.

Болен 8 дней. Заболевание началось с общей слабости, потери аппетита, болей в плечевых, локтевых и коленных суставах. К врачу не обращался, лечился аспирином, парацетамолом. Однако у больного нарастала общая слабость, исчез аппетит, появилась тошнота, рвота. Жена заметила желтушность склер и кожных покровов, был вызван участковый врач, который и направил больного в стационар.

При осмотре состояние больного тяжелое. Температура 37,5°C. Вял, адинамичен, постоянная тошнота, позывы на рвоту. Желтушность кожи и слизистых резко выражена. В легких - везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-86 уд/мин., ритмичен, экстрасистолия. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье. Печень не пальпируется, перкуторно - по реберному краю. Селезенка не увеличена. Моча темно-желтого цвета, кал ахоличен. На 3-ий день пребывания в стационаре состояние значительно ухудшилось: бессонница, полная анорексия, жидкость не пьет, появился тремор рук. Очень вял и адинамичен, на вопросы отвечает односложно. Тошнит, рвота 6-8 раз в день, желтуха нарастает, на коже боковых поверхностей грудной клетки - петехии. Утром было обильное носовое кровотечение. Размеры печени по Курлову - 7, 5, 4 см.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.-4,5x10¹²/л, Нв-100г/л, Лц.-9,8x10⁹/л, Эоз-3, П-6, С-41, Лм-50, СОЭ-15мм/час. Моча: уд.вес-1015, цвет темно-желтый, ед. клетки плоского эпителия.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ОТВЕТ N 27

1. Вирусный гепатит В, фульминантная форма, осложнение - острая печеночная недостаточность, прекома I-II.
2. Выяснение возможностей инфицирования: парентеральный путь - наличие инъекций, оперативных вмешательств, медицинских манипуляций, связанных с нарушением целостности кожных покровов и слизистых, гемотрансфузий, татуировки, ритуальные обряды, проколы мочки уха, маникюр, бритье и другие процедуры, осуществляемые общими инструментами, за 2-6 месяцев до начала заболевания. Был ли контакт с больными вирусным гепатитом, нет ли в семье носителей поверхностного антигена, не относится ли профессия больного к группам риска.

		<p>3. В продромальном периоде - с гриппом и др. ОРВИ, энтеровирусной инфекцией, в желтушном - с желтухами гемолитического, обтурационного и токсического генеза, с псевдотуберкулезом и лептоспирозом, инфекционным мононуклеозом.</p> <p>4. Общий анализ крови, мочи на уробилин, желчные пигменты, кровь на билирубин общий и связанный, коллоидные пробы (сулемовая и тимоловая), АлАТ, АсАТ, протромбин, специфические маркеры ВГВ - HBsAg, anti HBs IgM, anti HBs IgG, УЗИ печени, желчного пузыря, селезенки.</p> <p>5. Помещение больного в палату интенсивной терапии, исключить пищевой белок, (достаточный калораж - 2-2,5 тыс. ккал.) достигается за счет введения углеводов (в виде 5-10% раствора глюкозы в/в (1г. глюкозы соответствует 4,3 ккал)). При улучшении состояний больного суточная доза белка составляет 10-25 г. в 1-ую неделю, 20-25 г. - во вторую. Применение всасывающихся в кишечнике антибиотиков, левомицитин сукцинат натрия - 1,0-2,0 3 раза в сутки, ампицилин - 0,5 6 раз. 10-5% раствор глюкозы. KCL (до 6 г в сутки), маннитол - 30-50,0 в/в капельно, витамин С - 5,0 витамин В₆ - 1,0, витамин В₁₂ - 1000 мкг. При развитии метаболического ацидоза - в/в 4,2% р-ра бикарбоната натрия, при метаболическом алколозе - раствор цитрата натрия и дополнительно калий - до 6 г. в сутки в составе поляризирующего раствора (10% глюкоза - 500 мл., 10% KCL - 20 мл., инсулин - 10 ЕД в/в. Для коррекции гипоксии - солкосерил 2 мл, в/в, 4-5 раз в сутки с 5-10% раствором глюкозы, можно ГБО. При развитии ДВС-синдрома гепарин - 10тыс. ЕД 2-3 раза в день, криоплазма. Ингибиторы протеаз: трасилол, гордокс 500тыс - 1 млн.ЕД. Для купирования психомоторного возбуждения: галоперидол, оксibuтират натрия в/в, Преднизолон - 60 мг 3-4 раза в сутки, в/в, человеческий лейкоцитарный интерферон.</p> <p>6. Своевременная госпитализация и экстренное извещение в ГЦСЭН.</p> <p>7. Заключительная дезинфекция в очаге с применением 5% растворов хлорсодержащих средств, вещи подвергаются камерной дезинфекции. Наблюдение за контактными в очаге: 1. Опрос, осмотр врачом, санпросветработа. Взятие крови на HBsAg, выявление носителей вируса В. Диспансеризация в течение года после выписки из стационара в КИЗ поликлиники или гепаткабинете с осмотром и анализом биохимического исследования крови через 1, 3, 6, 12 месяцев.</p>
ПК-2	28	<p style="text-align: center;"><u>ЗАДАЧА N 28</u></p> <p>Больной Т., 26 лет, в течение 2 лет употребляет наркотики. Поступил в стационар через месяц от начала заболевания с жалобами на субфебрильную температуру, общую слабость, потливость, особенно по ночам; отсутствие аппетита.</p> <p>Заболел постепенно, пропал аппетит, похудел, постоянно отмечает вечерний субфебрилитет. В течении месяца двух-трех кратный водянистый жидкий стул. К врачу не обращался.</p>

Нарастали утомляемость, недомогание, головная боль. На коже появилась мелкоточечная сыпь.

Неделю назад больной стал отмечать боли в горле при глотании. Температура - $37,6^{\circ}\text{C}$, увеличились лимфоузлы. Самостоятельно принимал антибиотики (пенициллин). Состояние не улучшилось, был направлен в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура - $38,4^{\circ}\text{C}$, вял, адинамичен, кожные покровы бледные. На коже груди и спины - единичные элементы папулезно-петехиальной сыпи, симметричное увеличение лимфоузлов (подчелюстных, передне-, заднешейных подключичных, кубитальных, паховых, подмышечных групп). Они болезненны, кожа над ними не изменена. Зев умеренно гиперемирован, миндалины увеличены, рыхлые, язык густо обложен сероватым крошковидным налетом. В легких - везикулярное дыхание. Пульс - 96 уд. в мин., ритмичный. АД - 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, живот мягкий, чувствительный при пальпации по ходу тонкого кишечника. Печень, селезенка не пальпируется. Моча - без патологии. Менингеальные симптомы отсутствуют.

Лабораторные исследования: Эр.- $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв-92г/л, Лц.- $2,9 \times 10^9/\text{л}$, Эоз-5, П-19, С-58, Лм-18. В моче изменений нет. Иммунограмма - снижен уровень CD4.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. План обследования.
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ОТВЕТ N 28

1. ВИЧ-II Б, стадия первичных проявлений, острая лихорадочная фаза.
2. Выяснить профессию, отношение к группам риска по СПИДу (половые связи с би- и гомосексуалистами: наркоманы: больные гемофилией: доноры: наличие многочисленных парентеральных инъекций: ритуальные обряды и манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных покровов: наличие родственников - больных или носителей ВИЧ).
3. Дифференциальная диагностика производится с инфекционным мононуклеозом, лимфогранулематозом, сепсисом.
4. Выявление специфических антител методом ИФА. Метод иммуноблоттинга (экспертный метод определения антител к определенным белкам вируса). ПЦР. Иммунограмма, гемограмма, общеклинические методы обследования, кал на дисбактериоз.
5. Создание охранительного психологического режима для

		<p>ВИЧ-инфицированных. <u>Этиотропная терапия</u>: АРВТ</p> <p>6. Направление в в центр СПИДа.</p> <p>7. Обследование контактных на ВИЧ.</p>
ОПК-2	29	<p>ЗАДАЧА № 29</p> <p>Больная В. 38 лет обратилась за консультацией к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление участков покраснения в области передней поверхности левого бедра, правого плеча, боль в левом тазобедренном суставе.</p> <p>Анамнез болезни: врачом выяснено, что заболела четыре месяца назад, когда обнаружила красное пятно на передней поверхности левого бедра, которое в течение 2–3 дней резко увеличивалось в размере. В области эритемы отмечался лёгкий зуд, общее самочувствие не нарушалось. Проводилось обследование у врача-дерматолога, получала местное лечение (препараты назвать затрудняется), принимала антигистаминные средства, улучшения не отмечалось. Через три месяца подобное изменение на коже появилось на правом плече. Через четыре месяца появилась боль в левом тазобедренном суставе. Боль в суставе выраженная, трудно было ходить, по поводу чего больная проходила обследование и лечение в ревматологическом отделении, без улучшения. Направлена на консультацию к инфекционисту.</p> <p>Эпидемиологический анамнез: за 12 дней до появления эритемы на бедре была в лесу, на следующий день обнаружила присосавшегося клеща на передней поверхности левого бедра, которого удалила пинцетом.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, выявлен участок гиперемии кольцевидной формы 25 см в диаметре на передней поверхности левого бедра и 15 см на правом плече, с интенсивно красными и поднимающимися над непоражённой кожей краями, в центре эритема бледная. Местного повышения температуры, болезненности в области эритемы нет. Над левым тазобедренным суставом отёка, гиперемии нет.</p> <p>В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 уд/мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента. 4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в качестве этиотропной терапии. Определите курс лечения. Обоснуйте свой выбор. 5. Назовите методы профилактики данного заболевания. <p>ОТВЕТ 29</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Болезнь Лайма. Острое течение. Стадия поздней

		<p>локализованной инфекции. Мигрирующая эритема средней степени тяжести. Артрит левого тазобедренного сустава.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. – анамнез заболевания: больна 4 мес; заболела после укуса клеща; эпид. Анамнез – посещение леса; объективных данных – мигрирующая кольцевидная эритема, признаки воспаления сустава. 3. ОАК – признаки воспаления; ЭКГ – исключение поражения ССС; рентгенография пораженного сустава; с целью подтверждения диагноза серологическая диагностика – исследование парных сывороток с интервалом в 2-4 недели с использованием РНИФ, ИФА. Возможно использование таких методов как иммуноблоттинг и ПЦР. 4. Этиотропное лечение: Препарат выбора цефтриаксон 2,0 x 1 р/сут в/мышечно 14 дней. Альтернативные препараты – цефотаксим, доксициклин, амоксициллин. 5. Специфической профилактики не разработано. Обработка лесопарковых зон. Само- и взаимоосмотры после посещения лесопарковых зон, удаление клеща в мед. Учреждении, исследование клеща на наличие боррелий и вирус клещевого энцефалита в лаборатории.
ОПК-7	30	<p>ЗАДАЧА 30</p> <p>Больной Е. 32 года, бизнесмен, госпитализирован на 2 день болезни с диагнозом «грипп, гипертоксическая форма». Заболевание началось остро, даже внезапно. На фоне нормального самочувствия появился озноб, заболела голова, повысилась температура тела до 40,2 °С. Отмечал светобоязнь, лежал с закрытыми глазами, просил выключить телевизор. Вечером была дважды рвота, сохранялась «пульсирующая» головная боль. Утром следующего дня самочувствие ухудшилось: не понимал, где находится, стремился пойти на работу, при попытке встать упал. При поступлении состояние тяжелое, сознание затемнено. Дезориентирован, но отзывается на своё имя, жалуется на сильную головную боль. Температура тела 39,2 °С. Лицо очень бледное. На коже живота, ягодиц и нижних конечностей мелкая звёздчатая сыпь сине-фиолетового цвета, имеются также петехиальные элементы на руках. Резко выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс – 116 уд/мин, ритмичный, АД – 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные. При спинномозговой пункции получена под высоким давлением мутная жидкость с высоким нейтрофильным (99%) плеоцитозом – 15400 кл/мл; белок – 2,64 г/л; реакция Панди (++++).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

		<p>4. Укажите план лечения данного пациента.</p> <p>5. Через 1 месяц у больного жалобы на умеренную слабость, умеренную головную боль, снижение работоспособности, иногда головокружение. Миндалины не увеличены, налетов нет. АД – 100/60 мм рт.ст., пульс – 76 уд/мин. Контрольный бактериальный посев мазка из ротоглотки и из носа отрицательный. В общем анализе мочи повышение СОЭ – 26 мм/час. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Менингококковая инфекция. Смешанная форма: менингит, менингококкцемия. Тяжелое течение. Отек головного мозга. 2. Менингококковая инфекция на основании анамнеза заболевания: острейшее начало, выраженная интоксикация – температура до 40, появление характерной геморрагической сыпи в ранние сроки от начала интоксикационного синдрома (первые 5-36 часов от начала лихорадки) с характерной локализацией (белра, ягодицы). Смешанная форма – наличие не только проявлений менингококцемии, но и признаки поражения ЦНС (общемозговая симптоматика, менингеальный синдром, признаки гнойного воспаления спинно-мозговой жидкости). Отек головного мозга: головная боль, нарушение сознания, менингеальные знаки, АД 130/90, пульс 116 уд/мин. 3. Дополнительные обследования: рентгенография легких, рентгенография черепа в 2-х проекциях, рентгенография придаточных пазух носа. По показаниям (в зависимости от особенностей дальнейшего развития клинической ситуации – КТ или МРТ головного мозга); биохимический анализ крови (полиорганная недостаточность – исключить нарушение функции органов: почек, печени, поджелудочной железы); коагулограмма (ДВС-синдром). Пульсоксиметрия. Консультация специалистов: невролога, лор-врача, окулиста с осмотром глазного дна. Бактериологическое, ПЦР исследование ликвора с целью уточнения возбудителя. Серологическая диагностика (выявление антител) с целью уточнения диагноза. Бактериологическое (бактериоскопическое) исследование мазка из рото/носоглотки на наличие возбудителя менингококковой инфекции. 4. Госпитализация в инфекционный стационар, блок интенсивной терапии. Контроль за жизненно важными функциями. Этиотропная терапия: препаратом выбора остается бензилпенициллин из расчета 300-500 тыс ЕД/кг массы тела/сут в/вено. В условиях менингококкцемии - хлорамфеникол 80-100 мг/кг/сут в 3 приема. Возможно назначение антибиотиков широкого спектра цефтриаксон 4 г/сут. Патогенетическая терапия направлена на дезинтоксикацию, купирование отека головного мозга (осмотические, петлевые диуретики).
--	--	---

		<p>При прогрессировании отека головного мозга дексаметазон 0,15-0,25 мг/кг/сут.</p> <p>5. При отрицательном контрольном б/посеве из носо/ротоглотки на менингококк пациенты допускаются к работе или к учебе. Пациенты, перенесшие менингококковый менингит наблюдаются в течение 1 года неврологом и участковым терапевтом с явкой через 1,3, 6, 9, 12 месяцев. При выявлении нетрудоспособности – амбулаторное лечение невролога, терапевта.</p>
ОПК-7	31	<p>ЗАДАЧА 31</p> <p>У студента, навестившего больного товарища, на 2 сутки появились озноб, температура тела 39,1 °С, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита. К концу 1 дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.</p> <p>При объективном осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и её зернистость. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Укажите план лечения данного пациента. 5. Через 1 месяц у больного жалоб нет. Состояние и самочувствие хорошее. Ваша дальнейшая тактика по ведению данного пациента. <p>ОТВЕТ 31</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Грипп. Типичная форма. Средней тяжести, неосложненный. 2. На основании эпидемиологических данных – контакт с больным; на основании анамнеза заболевания – короткий инкубационный период, острое начало заболевания с наличием катарального и интоксикационного синдрома; на основании выявленных признаков типичного интоксикационного синдрома: температура 39,1, боль в глазных яблоках, головная боль в лобной области, боль в мышцах и суставах; типичного для гриппа катарального синдрома – першение в горле, заложенность носа, сухой надсадный кашель с болями за грудиной; физикальных данных – гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, умеренная гиперемия и зернистость

		<p>задней стенки глотки, в легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Общий анализ крови (выявление осложнений), общий анализ мочи, биохимический анализ крови, мазок из носа/зева для исследования в ПЦР с целью выявления вирусов-возбудителей респираторных заболеваний, в т.ч. вируса гриппа А, В, С. В зависимости от клинической ситуации – рентгенография органов грудной клетки, придаточных пазух носа (с целью выявления наиболее частых осложнений гриппа). 4. При наличии факторов риска тяжелого и осложненного течения гриппа (беременность, хронические заболевания сердечно-сосудистой, бронхолегочной системы, эндокринные заболевания, ожирение) показано лечение в условиях инфекционного стационара. При отсутствии факторов риска возможно лечение в амбулаторных условиях. Назначается обильное питье до 3 л/сут. Противовирусные препараты прямого противовирусного действия (согласно последним клиническим рекомендациям): арбидол по 200 мг x 4 р/сут 7 дней внутрь или тамифлю (озельтамивир) по 75 мг x 2 р/сут внутрь 5 дней или Реленза 5 мг по 2 ингаляции x 2 р/сут в носовые ходы 5 дней или ингавирин 90 мг по 1 капс x 1 р/сут внутрь 5 дней. Также назначаются препараты из группы НПВС. Симптоматические средства. По показаниям антибактериальные средства. 5. Диспансеризации не подлежит, прогноз трудоспособности благоприятный.
ОПК-7	32	<p>ЗАПДАЧА 32</p> <p>Больной Е. 42 года обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление в области спины кольцевидной формы ярко-розового образования диаметром около 15 см, которое не сопровождалось субъективными ощущениями; заметил его случайно накануне вечером.</p> <p>Из анамнеза известно, что около 2 недель назад был в лесу. После этого самостоятельно удалил клеща.</p> <p>При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 37,5 °С. На коже спины, в области правой лопатки четко отграниченный от нормальной кожи участок гиперемии с несколько приподнятыми краями, ярко-розового цвета. Пальпация в проекции этого образования безболезненная. Пульс – 78 уд/мин, удовлетворительных качеств. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных, с учетом синдромального подхода, и обоснуйте его. 2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю,

		<p>предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.</p> <p>3. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.</p> <p>4. Какова будет терапевтическая тактика на этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи?</p> <p>5. Перечислите профилактические мероприятия, направленные на предупреждение</p> <p>ОТВЕТ 32</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Болезнь Лайма. Острое течение. Стадия ранней локализованной инфекции. Кольцевидная эритема. Средней степени тяжести. На основании наличия синдрома интоксикации легкой степени, наличия синдрома поражения кожи (кольцевидная эритема в месте укуса клеща); эпид. Анамнез – посещение леса, укус клеща. 2. Возбудитель - <i>Borrelia burgdorferi</i>. Источник инфекции мышевидные грызуны, дикие и домашние животные. Передача осуществляется через укус иксодовых клещей. 3. Рожа, аллергический дерматит, экзема 4. Назначение этиотропной терапии, кровь на антитела к клещевому боррелиозу и энцефалиту. 5. Специфической профилактики не разработано. Обработка лесопарковых зон. Само- и взаимоосмотры после посещения лесопарковых зон, удаление клеща в мед. Учреждении, исследование клеща на наличие боррелий и вирус клещевого энцефалита в лаборатории. В первые 72 часа после изъятия клеща введение иммуноглобулина против клещевого энцефалита.
ОПК-2	33	<p>ЗАДАЧА 33</p> <p>Больной Д. 18 лет обратился в поликлинику на 2 день болезни с жалобами на заложенность носа, першение в горле, слабость, головокружение.</p> <p>Накануне утром почувствовал недомогание, появились неприятные ощущения в горле. Измерил температуру тела – 37,6 °С. На следующий день продолжали беспокоить слабость, разбитость, боль в горле, заложенность носа, появилась головная боль, температура выше 37,8 °С не повышалась.</p> <p>Из анамнеза известно, что больной 6 дней назад навещал друга, который на следующий день был госпитализирован в тяжёлом состоянии в инфекционный стационар с подозрением на менингит.</p> <p>При осмотре температура тела 37,5 °С, общее состояние ближе к удовлетворительному. Кожа нормальной окраски, без сыпи. Выявлена небольшая гиперемия и сухость мягкого нёба, задней стенки глотки, миндалины увеличены, несколько отёчны, отмечается гиперплазия лимфоидных фолликулов. Симптомы ригидности затылочных мышц, Брудзинского, Кернига отрицательные.</p> <p>Вопросы:</p>

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных с учётом синдромального подхода и обоснуйте его.
2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.
3. Укажите основные методы лабораторной диагностики.
4. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
5. Какова будет терапевтическая тактика на этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи?

ОТВЕТ 33

1. Острое респираторное заболевание неуточненной этиологии. Ринофарингит. Легкое течение.
Обоснование: острое начало, контакт с больным, имеющим симптомы ОРЗ. Наличие синдрома интоксикации легкой степени выраженности, наличие ринофарингита (заложенность носа, першение в горле, объективно – гиперемия и сухость мягкого неба, задней стенки глотки, увеличение и отечность миндалин, гиперплазия лимфоидных фолликулов).
2. ОРЗ – собирательное понятие, поэтому возбудителями могут быть микроорганизмы различных групп: респираторные вирусы – гриппа, парагриппа, аденовирус, энтеровирус, риновирус, коронавирус и др; бактерии – пневмококки, стрептококки, стафилококки, клебсиеллы, легионеллы и др., а также хламидии, микоплазмы. Всего около 200 возбудителей. Источником респираторных инфекций является больной ОРЗ человек, в ряде случаев носитель, которые выделяют возбудитель с носоглоточной слизью при кашле, чихании, громком разговоре. Пути передачи: воздушно-капельный, воздушно-пылевой, контактно-бытовой.
3. ОАК: лейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз, замедление СОЭ. ПЦР диагностика – исследование носоглоточной слизи с целью выявления генетического материала возбудителя.
4. Внутри группы ОРЗ, ангина
5. Режим амбулаторный. Назначается обильное питье до 3 л/сут. Противовирусные препараты прямого противовирусного действия (согласно последним клиническим рекомендациям в зависимости от эпидемиологической ситуации и выделенного возбудителя в ПЦР-тесте)): арбидол по 200 мг x 4 р/сут 7 дней внутрь или тамифлю (озельтамивир) по 75 мг x 2 р/сут внутрь 5 дней или Реленза 5 мг по 2 ингаляции x 2 р/сут в носовые ходы 5 дней или ингавирин 90 мг по 1 капс x 1 р/сут внутрь 5 дней. При новой коронавирусной инфекции – коронавир. ИФН интраназально. Также назначаются препараты из группы НПВПС.

		Симптоматические средства. По показаниям антибактериальные средства.
--	--	--

Критерии и шкала оценки:

- критерии оценивания – правильное решение задач;
- показатель оценивания – правильность хода и результатов решения задач (выполнения заданий);
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:

высокий (отлично)

достаточный (хорошо)

пороговый (удовлетворительно)

критический (неудовлетворительно)

Оценка	Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
Отлично	Высокий уровень	Задача решена правильно, дано развернутое пояснение и обоснование сделанного заключения. Обучающийся свободно владеет научной терминологией, демонстрирует методологические и теоретические знания, применяя их на практике при решении конкретной задачи (выполнении задания), делает обоснованные выводы из результатов расчетов или экспериментов и т.д.
Хорошо	Достаточный уровень	Задача решена правильно, дано пояснение и обоснование сделанного заключения. Обучающийся демонстрирует методологические и теоретические знания, свободно владеет научной терминологией. Демонстрирует хорошие аналитические способности, однако допускает некритичные неточности в решении задачи (выполнении задания)
Удовлетворительно	Пороговый уровень	Правильно изложен ход решения задачи (выполнения задания), но пояснение и обоснование сделанного заключения было дано при активной помощи преподавателя. Обучающийся допускает существенные ошибки при установлении логических взаимосвязей, допускает ошибки при использовании научной терминологии
Неудовлетворительно	Критический уровень	Ход решения задачи (выполнения задания) изложен неверно, что привело к неправильному результату, обсуждение и помощь преподавателя не привели к правильному заключению. Обучающийся обнаруживает неспособность к построению самостоятельных заключений, не использует научную терминологию, на дополнительные

1. Электронно-библиотечные системы:

1.1. Цифровой образовательный ресурс IPRsmart : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Компания «Ай Пи Ар Медиа». - Саратов, [2024]. – URL: <http://www.iprbookshop.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

1.2. Образовательная платформа ЮРАЙТ : образовательный ресурс, электронная библиотека : сайт / ООО Электронное издательство «ЮРАЙТ». – Москва, [2024]. - URL: <https://urait.ru> . – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

1.3. База данных «Электронная библиотека технического ВУЗа (ЭБС «Консультант студента») : электронно-библиотечная система : сайт / ООО «Политехресурс». – Москва, [2024]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/cgi-bin/mb4x>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.4. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : база данных : сайт / ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением-Комплексный медицинский консалтинг». – Москва, [2024]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.5. Большая медицинская библиотека : электронно-библиотечная система : сайт / ООО «Букап». – Томск, [2024]. – URL: <https://www.books-up.ru/ru/library/> . – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.6. ЭБС Лань : электронно-библиотечная система : сайт / ООО ЭБС «Лань». – Санкт-Петербург, [2024]. – URL: <https://e.lanbook.com>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.7. ЭБС **Znanium.com** : электронно-библиотечная система : сайт / ООО «Знаниум». - Москва, [2024]. - URL: <http://znanium.com> . – Режим доступа : для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

2. КонсультантПлюс [Электронный ресурс]: справочная правовая система. / ООО «Консультант Плюс» - Электрон. дан. - Москва : КонсультантПлюс, [2024].

3. eLIBRARY.RU: научная электронная библиотека : сайт / ООО «Научная Электронная Библиотека». – Москва, [2024]. – URL: <http://elibrary.ru>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный

4. Федеральная государственная информационная система «Национальная электронная библиотека» : электронная библиотека : сайт / ФГБУ РГБ. – Москва, [2024]. – URL: <https://нэб.рф>. – Режим доступа : для пользователей научной библиотеки. – Текст : электронный.

5. Российское образование : федеральный портал / учредитель ФГАУ «ФИЦТО». – URL: <http://www.edu.ru>. – Текст : электронный.

6. Электронная библиотечная система УлГУ : модуль «Электронная библиотека» АБИС Мега-ПРО / ООО «Дата Экспресс». – URL: <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Web>. – Режим доступа : для пользователей научной библиотеки. – Текст : электронный.

Согласовано:

Инженер ведущий / Щуренко Ю.В. /  / 16.04.2024 г.