федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ**

по специальности

***31.08.35 ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ***

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.35 «Инфекционные болезни», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для итогового контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на государственной итоговой аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для государственной итоговой аттестации соответствуют форме государственной итоговой аттестации по дисциплине, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**УК-1** – готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

**УК-2** - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

**УК-3 -** готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

**ПК-1** – готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

**ПК-2 –** готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.

**ПК-3** – готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

**ПК-4 -** готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.

**ПК-5 –** готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

**ПК-6** – готовность к ведению и лечению пациентов с инфекционными заболеваниями.

**ПК-7 -** готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

**ПК-8** – готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации.

**ПК-9** - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

**ПК-10** - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

**ПК-11** - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

**ПК-12** - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

1. **Оценочные материалы**

**I этап государственной аттестации - проверка выполнения практических навыков**

***Практические задания для демонстрации практических навыков***

**1.Проведите клиническое обследование больного по всем органам и системам для выявления наличия инфекционного заболевания**

**Эталон ответа:**

1. Поздороваться с пациентом (и/или его представителем)

2. Представиться

3. Спросить Ф.И.О., возраст

4. Получить информированное добровольное согласие на осмотр

5. Спросить жалобы больного

6. Уточнить наличие аллергических реакций

7. Уточнить анамнез жизни, анамнез заболевания

8. Выполнить обработку рук гигиеническим способом

9. Обработать фонендоскоп

10. Раздеть пациента

11. Провести термометрию

12. Измерить рост и вес

13. Провести оценку состояния кожных покровов

14. Провести оценку подкожно-жировой клетчатки

15. Провести осмотр и пальпацию головы

16. Оценить неврологическую симптоматику

17. Провести осмотр грудной клетки

18. Провести аускультацию легких

19. Оценить частоту дыхательных движений

20. Провести перкуссию легких

21. Провести аускультацию сердца

22. Оценить частоту сердечных сокращений

23. Провести перкуссию границ сердца

24. Провести пальпацию живота

25. Провести перкуссию границ печени

26. Осмотреть наружные половые органы

27. Уточнить о характере мочеиспускания

28. Проверить симптом Пастернацкого

29. Уточнить характер стула

30. Сделать заключение и поставить предварительный диагноз

**2. В приемный покой поступил пациент с жалобами на жидкий стул, боли в эпигастральной области, температуру до 38С, объясните технику выполнения взятия кала на бактериологическое исследование**

**Эталон ответа:**

1. Пациента просят лечь на бок с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами.
2. Осторожно извлекают из пробирки петлю.
3. Левой рукой разводят ягодицы и вводят петлю вращательными движениями в прямую кишку на глубину 9 - 10 см, стараясь снять со стенки прямой кишки ее содержимое. Извлекают петлю.
4. Не касаясь окружающих предметов и наружных стенок пробирки, осторожно опускают петлю в пробирку с консервантом.
5. Закрепляют направление на пробирке. Доставляют пробирку в бактериологическую лабораторию.

**3. В отделение поступил пациент с головной болью, t=39,5С, при осмотре выявляется регидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, опишите технику выполнения спинномозговой (люмбальной) пункции**

**Эталон ответа:**

1. Подготовить к пункции стерильную иглу с мандреном, две пробирки, одна из них должна быть стерильной и иметь пробку.
2. Больной укладывается на манипуляционном столе, на правый бок.
3. Врач, выполняющий пункцию, тщательно моет руки, надевает стерильные перчатки, обрабатывает их спиртом.
4. Медицинская сестра перед проведением пункции обрабатывает кожу над поясничным отделом позвоночника, начиная с места предполагаемой пункции и далее, в виде расходящихся кругов, вначале 2 раза йодом, а затем 3 раза спиртом, чтобы полностью удалить остатки йода. Кроме того, обрабатывается кожа над гребнем подвздошной кости.
5. Помощник, фиксирующий больного, максимально сгибает его, чтобы увеличить пространство между остистыми отростками позвонков.
6. Врач определяет место введения пункционной иглы. Он нащупывает гребень подвздошной кости и от него опускает перпендикуляр до позвоночника, место пересечения соответствует промежутку между 3 и 4 поясничными позвонками. Пункцию можно производить в этом промежутке или подняться на один позвонок выше, на этих уровнях нет вещества мозга, поэтому пункция безопасна.
7. Перед пункцией можно провести анестезию места прокола лидокаином или прокаином: внутрикожно вводят 0,1 – 0,2 мл анестетика, формируя «лимонную корочку», затем вводят 0,2 – 0,5 мл анестетика в более глубокие слои кожи. Чаще же пункция производится без предварительной анестезии.
8. Иглу с мандреном срезом вверх вводят перпендикулярно коже в центр межпозвоночного промежутка, затем иглу продвигают медленно, чуть отклоняя острие иглы (на 10 – 150) к головному концу. При продвижении иглы врач ощущает три провала: после прокола кожи, межпозвоночной связки и твердой мозговой оболочки.
9. После третьего провала извлекают мандрен и смотрят: не выделяется ли ликвор из пункционной иглы. Если жидкости нет, то иглу продвигают до появления спинномозговой жидкости, при этом периодически (через каждые 2 – 3 мм) извлекают мандрен. Необходимо соблюдать осторожность, чтобы не провести иглу слишком далеко и не проколоть переднее венозное сплетение позвоночного канала – это самое частое осложнение люмбальной пункции.
10. Когда игла достигла спинномозгового канала, необходимо измерить давление спинномозговой жидкости: из иглы извлекается мандрен, прикрепляют к игле запорное устройство и манометр, по высоте столба спинномозговой жидкости в манометре судят о давлении. При отсутствии манометра давление спинномозговой жидкости оценивается приблизительно по скорости истечения ликвора из иглы. У здорового человека ликвор вытекает редкими каплями – 40-60 капель в минуту.
11. После отключения манометра производится забор спинномозговой жидкости в две пробирки: а) в стерильную пробирку набирают 2 мл. для бактериоскопического, бактериологического исследования и реакции латексной агглютинации (РЛА); б) во вторую пробирку – для определения клеточного состава, концентрации белка, глюкозы (1мл.) Необходимо исключить быстрое истечение ликвора, регулируя скорость его выведения мандреном.
12. После забора спинномозговой жидкости иглу вынимают, не вставляя полностью мандрен, так как возможно защемление спинномозговых корешков и последующий их отрыв при извлечении иглы, что обусловит появление болевого синдрома и двигательных нарушений.
13. На кожу в области пункционного отверстия кладется сухой стерильный ватный тампон, который фиксируется пластырем.
14. После пункции больного в горизонтальном положении транспортируют на кровать и на 2 часа укладывают на живот без подушки под головой. Детей первого года жизни кладут на спину, подложив под ягодицы и ноги подушку. Горизонтальное положение больного с несколько опущенным головным концом позволяет избежать осложнения спинномозговой пункции – дислокации мозга и его вклинения в большое затылочное отверстие.
15. В течение 3 – 4 часов после пункции (каждые 15 мин.) наблюдают за состоянием больного, чтобы своевременно распознать дислокацию мозга и оказать неотложную помощь, т.к. через пункционное отверстие в твердой мозговой оболочке еще 4 – 6 часов происходит истечение спинномозговой жидкости.
16. После проведения люмбальной пункции больной должен соблюдать строгий постельный режим: в течение 2 – 3 суток при получении нормальных показателей ликвора, и до 14 дней – при выявлении патологических изменений в спинномозговой жидкости.
17. Для профилактики вклинения мозга рекомендуется за 30 мин. до пункции внутримышечное введение лазикса (не всем, а при необходимости).

**4.Пациенту с гепатитом С необходимо провести переливание крови. Проведите процедуру переливания крови.**

**Эталон ответа:**

1. Оформить бланк согласия пациента на операцию переливания компонентов крови;
2. Провести первичное исследование групповой и резус-принадлежности крови пациента по системе ABO с использованием цоликлонов: анти-A, анти-B и анти-D. Занести данные в Журнал регистрации результатов определения группы крови и резус-фактора;
3. Отправить в лабораторию кровь пациента для определения группы крови и резус- принадлежности, фенотипа по антигенам C, c, E, e, w, C , K, k и наличие/отсутствие антиэритроцитарных антител (по системе Kell). Результаты анализа внести на титульный лист истории болезни. Пациентам, имеющим в анамнезе посттрансфузионные осложнения, беременность, рождение детей с гемолитической болезнью новорожденного, а также пациентам, имеющим аллоиммунные антитела, производят индивидуальный подбор компонентов крови в лаборатории;
4. В день трансфузии у пациента провести забор крови из вены: 2–3 мл в пробирку с антикоагулянтом и 3–5 мл в пробирку без антикоагулянта для проведения обязательных контрольных исследований и проб на совместимость. Пробирки должны быть маркированы с указанием Ф.И.О. пациента, № истории болезни, названия отделения, группы крови и Rh-фактора, даты взятия образца крови;
5. Перед началом трансфузии врач должен убедиться в пригодности компонентов крови, провести макроскопический осмотр контейнера и его герметичность, проверить правильность паспортизации;
6. Провести контрольную проверку группы крови донора и реципиента по системе ABO, а также пробу на индивидуальную совместимость: а) проба на плоскости при комнатной температуре; б) одной из трех проб: конглютинации с 33% полиглюкином или конглютинации с 10% желатином или непрямой реакцией Кумбса;
7. При совпадении результатов первичного и подтверждающего определения группы крови по системе AB0, резус-принадлежности, фенотипа донора и реципиента, индивидуальной совместимости, а также сведений об отсутствии у реципиента антиэритроцитарных антител врач выполняет биологическую пробу посредством однократного переливания 10 мл компонентов крови со скоростью 2–3 мл (40–60 капель) в минуту в течение 3–3,5 минут. После этого переливание прекращается и в течение 3 минут осуществляется динамическое наблюдение за состоянием реципиента. Данная процедура повторяется дважды;
8. При отсутствии осложнений начать трансфузионную терапию. Осуществлять динамический кардиореспираторный мониторинг, контроль диуреза и температуры тела.
9. Заполнить бланк протокола трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов, журнал учета температуры при транспортировке донорской крови и/или компонентов (СЗП) и журнал учета разморозки свежезамороженной плазмы;
10. После окончания трансфузии донорский контейнер с оставшейся донорской кровью и (или) ее компонентами (~5 мл), а также пробирка с кровью пациента, использованная для проведения проб на индивидуальную совместимость, подлежат обязательному сохранению в течение 48 часов при температуре 2–6 °C в холодильном оборудовании;
11. На следующий день после трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов обязательно назначить клинический анализ крови и анализ мочи.

**5. В приемный покой поступил пациент М., 19 лет, с жалобами на тошноту, жидкий стул. Из анамнеза известно, что за 4 часа до этого употребил в пищу не свежие продукты. Вам необходимо выполнить промывания желудка, какими будут ваши действия?**

**Эталон ответа:**

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры
2. Подготовил оснащение для промывания желудка (желудочный зонд длиной 1 метр, воронка, вода комнатной температуры (10 л), таз для промывных вод, ковш, фартуки клеенчатые для м/сестры и пациента, перчатки, полотенце, марлевые салфетки)
3. Измерить длину вводимой в желудок части зонда (от резцов до пупка + длина ладони пациента)
4. Создать правильное положение больного (на стуле: спина плотно прилегает к спинке)
5. Подготовить больного к процедуре (снять зубные протезы; надеть фартуки на себя и пациента; приставить таз к ногам сидящего пациента; голову пациента немного наклонить вперед; надеть перчатки; встать справа от пациента и предложить ему открыть рот)
6. Смочить слепой конец зонда водой; взял зонд в правую руку на расстоянии 10 см от слепого конца, положить его конец на корень языка; медленно и поступательно вводить зонд в желудок до необходимой метки
7. Опустить воронку до уровня колен пациента, чтобы содержимое желудка вылилось; заполнил воронку водой; медленно подняв ее вверх, чтобы вода достигла устья воронки; опустил воронку ниже уровня колен пациента и слил содержимое в таз
8. Повторить несколько раз, до получения чистых промывных вод
9. Осторожно извлечь зонд из желудка через полотенце;
10. Поместить зонд с воронкой в емкость с дез. раствором

**6.Проведите профилактическую иммунизацию пациента.**

**Эталон ответа:**

1. Информировать пациента о предстоящей инъекции,
2. Сообщить пациенту необходимую информацию о вакцине
3. Уточнить нет ли у него аллергических реакций.
4. Убедитесь в наличии письменного согласия на проведение манипуляции
5. Проверить правильность заполнения необходимой документации
6. Уточнить ФИО, возраст, адрес пациента.
7. Подготовить оснащение (стерильный лоток, стерильный шприц с лекарственным веществом, игла стерильная, шарики ватные стерильные, перчатки, емкость для дезинфекции и не прокалываемый контейнер, спиртовые салфетки, лоток для сброса использованного материала, вакцина и при необходимости растворитель)
8. Провести гигиеническую обработку рук
9. Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, оценить визуально качество вакцины (встряхнув сорбированную вакцину после растворения)
10. Убедиться в отсутствии в препарате осадка, посторонних включений и изменения цвета
11. Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части
12. Подпилить ампулу пилочкой
13. Обработать лейку ампулы антисептиком
14. Вскрыть ампулу
15. Набрать лекарственный препарат в шприц
16. Выпустить воздух из шприца
17. Определить и осмотреть место инъекции
18. Обработать место инъекции площадью 5\*5 см спиртовой салфеткой в одном направлении
19. Взять шприц в правую руку, 2-м пальцем придержать муфту иглы, 5-м – поршень, остальными цилиндр
20. Взять кожу в месте инъекции в складке первым и вторым пальцем левой руки
21. Ввести иглу под кожу в основание складки под углом 30-45 к поверхности кожи срезом вверх на глубину 2/3 длины иглы
22. Оттянуть поршень на себя, чтобы убедиться в том, что игла не попала в сосуд
23. Медленно ввести лекарственный препарат
24. Прижать к месту инъекции сухой стерильный шарик и извлечь иглу, продолжая придерживать ее за конюлю
25. В случае возникновения незначительного кровотечения, слегка прижать место инъекции сухой стерильной марлевой салфеткой
26. Положить шприц в лоток для использованных инструментов
27. Использованную иглу погрузить в твердый непрокалываемый контейнер желтого цвета
28. Снять перчатки и провести гигиеническую обработку рук
29. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения вакцинации в медицинскую документацию
30. Информировать пациента о проведенной вакцинации, возможных реакциях на вакцинацию, необходимости обращения за медицинской помощью при сильных и необычных реакциях
31. Предупредить о необходимости пребывания около прививочного кабинета в течение 30 мин после вакцинации и наблюдать это время за привитым
32. В случае отсутствия негативных реакций на прививку разрешить пациенту покинуть медицинское учреждение и сделать запись в медицинской карте пациента и журнале выполнения прививок
33. В случае развития немедленных реакций на прививку оказать первую медицинскую помощь

**II этап государственной аттестации: устный вопрос по билетам**

***Вопросы для устного опроса***

1. Типы инфекционного процесса. Сущность и особенности инфекционных болезней
2. Инфекционный процесс. Основы рациональной терапии больных инфекционными заболеваниями
3. Классификация инфекционных болезней. Лекарственная болезнь
4. Госпитальные инфекции. Болезни, вызванные условно-патогенными бактериями. Понятие об оппортунистических инфекциях.
5. Периоды инфекционных заболеваний и их значение для диагностики и лечения. Исходы болезни.
6. Осложнения, связанные с лечением. Дисбиотические изменения в кишечнике.
7. Основные методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний. Правила работы с патогенными микроорганизмами.
8. Методы иммунодиагностики инфекционных заболеваний. Экспресс диагностика. ПЦР.
9. Современные методы диагностики гриппа и других респираторных заболеваний.
10. Клинические, эпидемиологические и лабораторные методы диагностики инфекционных заболеваний и их интерпретация
11. Основные группы антибактериальных и противовирусных препаратов, показания к их назначению
12. Регидратационная терапия при кишечных инфекциях
13. Фаготерапия при кишечных инфекциях, показания к применению
14. Лечение кишечных инфекций в амбулаторных условиях.
15. Основы рациональной терапии инфекционных больных.
16. Этиологическая структура острых респираторных заболеваний.
17. Современные принципы и методы терапии у больных с инфекционными заболеваниями.
18. Диспансеризация и реабилитация инфекционных больных
19. Кабинет инфекционных заболеваний. Задачи и функции. Диспансеризация реконвалесцентов инфекционных заболеваний.
20. Клинические и эпидемиологические показания для госпитализации инфекционных больных
21. Эпидемический процесс-современна концепция учения об эпидемическом процессе. Эпидемиологические исследования в очаге инфекционных заболеваний
22. Противоэпидемическая деятельность в очагах инфекционных болезней.
23. Особенности транспортировки и госпитализации инфекционных больных. КИЗ и его функции
24. Тактика врача при выявлении случаев инфекционного заболевания
25. Диспансерное наблюдение за инфекционными больными.
26. Профилактические и противоэпидемические мероприятия. Дезинфекция. Санитарная обработка.
27. Профилактические прививки. Осложнения и неблагоприятные события при проведении вакцинации.
28. Календарь профилактических прививок.
29. Лечение и профилактика гриппа и ОРВИ
30. Брюшной тиф. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
31. Дизентерия. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
32. Сальмонеллёзы. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
33. Дисбактериоз кишечника, причины, микробиологические и клинические аспекты.
34. Дифтерия. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
35. Грипп. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
36. Коклюш. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
37. Корь. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Особенности течения у взрослых. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика
38. Краснуха. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Краснуха у беременных. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия.
39. Вирусные менингиты и энцефалиты. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
40. Гнойные менингиты. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
41. Менингококковая инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
42. Вирусные гепатиты у беременных, клинические проявления, осложнения и диагностика
43. Исходы хронических вирусных гепатитов. Цирроз печени и его синдромы.
44. ВИЧ инфекция. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, принципы терапии. Оппортунистические инфекции. Профилактика.
45. ГЛПС. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.
46. ГЛПС. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия.
47. Малярия. Клиника. Рецидивы. Паразитоносительство. Злокачественные формы болезни. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Основные принципы борьбы с малярией. Профилактика.
48. Малярия. Этиология. Виды и штаммы, цикл развития малярийных плазмодиев человека. Эпидемиология, патогенез, Особенности патогенеза тропической малярии. Иммунитет.
49. Энтеровирусные инфекции. Клинические формы и диагностика.
50. Рожа. Этиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Дифференциальный диагноз. Исходы, лечение, лечение рецидивирующей рожи. Профилактика рецидивов.
51. Иерсиниозы. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
52. Бруцеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.
53. Столбняк. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика
54. Вирусные геморрагические лихорадки. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
55. Бешенство. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
56. Чума. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия. Тактика врача при выявлении больного чумой.
57. Туляремия. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
58. Алгоритм действия при выявлении больного с особо опасным инфекционным заболеванием.
59. Принципы лабораторной работы с высокопатогенными микроорганизмами. Противочумные костюмы.
60. Обезвоживание при инфекционных заболеваниях и терапия.
61. Отек и набухание головного мозга. Диагностика. Неотложная терапия
62. Неотложные мероприятия при крупах вирусной этиологии.
63. Чрезвычайные ситуации: основные понятия, определения, классификация, медико-санитарные последствия. Поражающие факторы чрезвычайных ситуаций.
64. Сущность современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях. Виды и объем медицинской помощи.
65. Понятие об этапе медицинской эвакуации: определение, задачи, принципиальная схема развертывания.
66. Медицинская сортировка на этапах медицинской эвакуации. Виды медицинской сортировки. Сортировочные признаки. Сортировочные группы.
67. Алгоритм действия врача в ЧС. Сроки инкубационных периодов при ОИЗ. Сбор эпидемиологического анамнеза.
68. Расчет возможного объема помощи в очаге ЧС.
69. Рандомизированные клинические испытания – «золотой» стандарт экспериментальны исследований по оценке потенциальной эффективности лечебных и профилактических препаратов.
70. Организация РКИ. Планирование числа участников. Критерии включения/исключения. Согласие участников. Комплайенс. Формирование выборки. Рандомизация: цели, методы, ошибки. Псевдорандомизация.
71. Использование принципов доказательной медицины в сфере охраны здоровья населения, включая медицинское образование, практическое руководство и экономику здравоохранения.
72. Основные принципы доказательной медицины. Основная цель внедрения принципов доказательной медицины в практику здравоохранения.
73. Модели информационных систем в медицине. Медицинские серверы. Примеры информационных систем в эпидемиологии. (Whosis (WHO Statistical Information System), Health Metric NetWork, VAERs и др.).
74. Базы данных (БД) – определение, классификация. Реляционные и постреляционные (документально-ориентированные) виды баз данных. Информационные технологии. Обмен данными. Информационные потоки.
75. Управление информационными потоками. Электронные источники доказательной информации. Носители. Сеть. Доступ. Подписка. Обновление. Поиск информации. Поисковые системы (OVID, Silver Peatter). Рубрикаторы (MESH).
76. Стратегия формирования поискового запроса в различных поисковых системах и баз данных в зависимости от типа клинического вопроса.
77. Содержание и характеристика баз данных, содержащих сведения по доказательной медицине.
78. Систематический обзор как важнейший инструмент доказательной медицины. Определение и основная характеристика систематических обзоров.
79. Отличия систематических обзоров от обзоров литературы. Возможности и ограничения систематических обзоров. Основные этапы составления систематического обзора. Принципы отбора исследований для систематических обзоров.
80. Мета-анализ. Определение. Цель проведения. Требования к проведению мета-анализа. Преемники Кохрановского сотрудничества. Кохрановская библиотека.
81. Основные направления развития профессионального медицинского и фармацевтического образования. Структура ДПО. Законодательная основа.
82. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при инфекционных заболеваниях. Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу.
83. Структура личности специалиста медицинского или фармацевтического профиля.
84. Самообразование и самовоспитание личности специалиста медицинского или фармацевтического профиля.
85. Барьеры в общении с пациентом и способы их устранения.
86. Конфликт практике врача инфекциониста – понятие, стадии конфликта.
87. Стратегия разрешения и предупреждения конфликта.
88. Толерантное взаимодействие как условие успешной профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.

***Тексты ситуационных задач***

***Задача №1***

Больной С., 38 лет. Обратился к врачу скорой помощи 4.09. с жалобами на постоянную умеренную боль в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38,6ºС. Из анамнеза известно, что за 2 недели до болезни возвратился из круиза по Волге. Впервые почувствовал недомогание 17.08.: познабливало, болела голова. Температура 37,4ºС. К врачу не обращался, самостоятельно принимал ампициллин по 1 таб. 3 раза в день. Продолжал работать, хотя сохранялась субфебрильная температура, познабливало, был плохой аппетит. 22-23.08. проявления заболевания исчезли, прекратил принимать ампициллин. В ночь с 3 на 4.09. вновь повысилась температура, появились боли в животе (преимущественно справа), тошнота, была однократная рвота. Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, сухая, на животе имеются несколько розовых «пятен». Язык обложен густым серым налетом, суховат. Живот вздут, умеренно болезненный в илеоцекальной области. Там же определяется небольшое напряжение мышц, нерезко выраженный симптом Щеткина. С диагнозом «острый аппендицит» доставлен в стационар, прооперирован. Червеобразный отросток умеренно гиперемирован, отечен. При ревизии брюшной полости замечено значительное увеличение мезентериальных узлов, один из них удален для гистологического исследования. В дистальном отделе подвздошной кишки обнаружены просвечивающие сквозь кишечную стенку язвы. Анализ крови: Hb-126г/л, лейкоциты-6,1\*109/л, п/я-8%, с/я-51%, лим.-38%, мон-3%, СОЭ-12 мм/час. Поставлен диагноз «острый аппендицит, язвенный илеит».

ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с данным диагнозом?

2.Установите диагноз.

3.План обследования и лечения.

***Эталон ответа:***

1. Нет, т.к. установленный диагноз не объясняет полностью клиническую картину болезни и не соответствует обнаруженным во время операции изменениям, не объясняет причины язвенного колита.

2. Речь идет о брюшном тифе, предперфоративном состоянии. Особенность данного случая - стертое течение болезни вследствие раннего применения ампициллина.

3. Обследование и лечение соответствует установленному диагнозу.

***Задача №2***

Больная К., 32 лет, продавец в магазине «Молоко», заболела остро 22.08. вечером. Почувствовала слабость, недомогание, умеренную головную боль, познабливание, затем возникло чувство жара. Температуру тела не измеряла. Одновременно с указанными симптомами появились схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. К утру 23.08. боли в животе усилились и локализовались преимущественно слева. Стул за ночь около 15 раз. В испражнениях заметила слизь и кровь. Были частые, болезненные позывы на стул. Температура утром 39,4ºС. Вызван на дом врач амбулатории. Больная проживает в отдельной квартире с семьей из 3 человек. Члены семьи здоровы. Заболеваний желудочно-кишечного тракта в анамнезе нет.

Объективно: больная вялая, температура тела 38,8ºС. Тургор кожи не снижен. Со стороны органов дыхания патологии нет. Пульс 96 уд/мин., ритмичный. АД 115/70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Осмотрены испражнения, которые имели вид лужицы слизи с прожилками крови.

ЗАДАНИЕ.

1.Диагноз и его обоснование.

2.Как следует решить вопрос о госпитализации?

3.Какие лабораторные исследования необходимо провести у данной больной?

4.Наметьте план лечения больной.

***Эталон ответа:***

1. Острая дизентерия, колитический вариант, средней тяжести. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни, выраженной интоксикации, частого бескалового стула со слизью и кровью, наличия спазма и болезненности сигмы.

2. Госпитализация по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

3. Бактериологическое исследование кала.

4. Диета, постельный режим, этиотропная терапия одним из препаратов: антибиотики тетрациклинового ряда, цефалоспорин, ампициллин, производные фторхинолона, бисептол.

***Задача №3***

В медицинский пункт аэровокзала обратился больной М., 42 лет. Доставлен товарищами – членами туристической группы, возвращающимися из Индии, где были в течение 10 дней. Заболел ночью в самолёте - появилось урчание в животе и жидкий водянистый стул. До момента обращения к врачу стул был более 20 раз, трижды - обильная рвота водянистым содержимым. Появилось головокружение, нарастала слабость. Через 12 часов от начала заболевания состояние крайней тяжелое. Общая синюшность кожных покровов, сухость слизистых, говорит шепотом. Глазные яблоки запавшие, черты лица заострившиеся. Тургор кожи резко снижен, симптом «руки прачки». Кожные покровы холодные, покрыты липким потом. Температура тела 35,4ºС. Периодически больной становится возбужденным, возникают судороги конечностей. Язык сухой, покрытый коричневым налётом. Одышка – 34 в минуту. Пульс нитевидный, частота сердечных сокращений 130 уд/мин. АД 30/0 мм.рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. В сознании. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

1.Обоснуйте клинический диагноз и определите степень обезвоживания.

2.Какие меры следует предпринимать при выявлении больного холерой?

3.Назначьте регидратационную терапию (вес больного до болезни 70 кг).

4.Какие исследования следует произвести в отделении интенсивной терапии для уточнения диагноза, оценки тяжести болезни и адекватности терапии? У больного установлены такие показатели КОС: рН -7,32; РСО - 22 мм.рт.ст.; SB - 16 ммоль/л; ВЕ – 8 ммоль/л; гематокрит - 49%. Адекватна ли проведенная терапия?

***Эталон ответа:***

1. Холера, тяжелое течение, 4 степень обезвоживания. Диагноз поставлен на основании типичной клинической картины и эпидемиологических данных.

2. Экстренная госпитализация, с транспортировкой на реанимобиле, т.к. показана катетеризация центральной вены для проведения интенсивной регидратации. Выявить всех контактных лиц, сообщить в санитарный контрольный пункт (СКП) аэровокзала.

3. В связи с потерей не менее 10% массы тела, для первичной регидратации требуется переливание не менее 7 литров полиионных растворов.

4. Необходимо бактериологическое исследование испражнений и рвотных масс. Судя по представленным лабораторным данным, проводимая терапия адекватна, однако полная компенсация потерь и восстановление КОС ещё не достигнуты. Терапию следует продолжать.

***Задача №4***

Больная Д., 40 лет, доставлена в инфекционное отделение машиной «скорой помощи» в тяжелом состоянии. Больна 2-й день. Жалобы на выраженную слабость, головокружение, тошноту. Заболела остро: температура до 38,5ºС, затем появилась многократная рвота и жидкий стул, схваткообразные боли в околопупочной области, жажда, болезненные судороги икроножных мышц. Заболевание связывает с употреблением в пищу до заболевания недоброкачественной колбасы.

Объективно: состояние тяжёлое. Температура 36,5ºС. Кожные покровы бледные, сухие, тургор понижен. Цианоз губ и кончиков пальцев рук. Язык обложен белым налётом, сухой. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс 104 уд/мин, слабого наполнения. АД-80/50мм.рт.ст. Живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной и околопупочной областях, выслушивается усиленное урчание. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. С утра больная не мочилась. Стул обильный, водянистый, зелёного цвета, зловонный, с примесью слизи. В общем анализе крови: Лейк.-13,2\*109/л, Эр – 5,1\*1012/л, СОЭ –24 мм/час; относительная плотность плазмы крови –1030, гематокрит-55%, калий плазмы –3,2 ммоль/л, натрий плазмы – 130ммоль/л.

ЗАДАНИЕ.

1.Укажите наиболее вероятный диагноз.

2.Определите степень обезвоживания.

3.Составьте план лечения (вес больной 70 кг).

***Эталон ответа:***

1. Наиболее вероятный диагноз: сальмонеллёз, гастроэнтерическая форма, тяжёлое течение.

2. Обезвоживание 3 степени.

3. Внутривенное струйное (80-100 мл в минуту) введение полиионных растворов в объеме до 5-6 литров в течение 2-х часов. В дальнейшем регидратация с учётом потерь жидкости.

***Задача №5***

Больная П., 22 лет, вызвала «скорую помощь» по поводу появления общей слабости, двоения в глазах, тумана перед глазами, головокружения, поперхивания при питье воды. Больна 2-й день. Госпитализирована с подозрением на отравление спиртом.

 Объективно: состояние средней тяжести. Температура 37,2℃. В легких везикулярное дыхание, ЧД – 22 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 66 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 100/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налётом, суховат. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стула в течение суток не было. Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Отмечается левосторонний птоз, расширение зрачков, расходящееся косоглазие. Двусторонний парез мягкого нёба.

При дополнительном опросе выяснено, что накануне заболевания была в гостях, где угощали салатами из свежих овощей, жареной картошкой, солёными грибами, пила разведённый спирт.

 ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Назначьте план обследования и лечения.

***Эталон ответа:***

1. Нет. Картина болезни характерна для ботулизма.

2. Для отравления суррогатами алкоголя, содержащими метиловый спирт, этиленгликоль характерно наличие следующих признаков: тошнота, рвота, неясность зрения, слепота, спутанность сознания, судороги, нарушение дыхания.

3. Биопроба с кровью больной для тестирования ботулинического токсина. Лечение: промывание желудка, очистительная клизма, введение поливалентной противоботулинической сыворотки. Дезинтоксикация. Контроль за состоянием дыхания.

***Задача №6***

Больная А., 29 лет, заболела 8 дней назад, когда появился озноб, слабость, повышение температуры тела до 38-39ºС. Со второго дня болезни отметила боль в горле. В анамнезе - частые ангины. Лечилась полосканием горла, анальгином. С 7-го дня болезни появились боли в суставах рук, ног, усиливающиеся при движении. Принимала самостоятельно аспирин, супрастин, эритромицин – без эффекта. На 14 день болезни состояние больной ухудшилось: на голенях появились багрово-синюшные пятна, болезненные на ощупь. Госпитализирована с диагнозом: «грипп, рожистое воспаление голени».

При осмотре: бледна, цианоз губ, румянец щек в виде «бабочки», температура 38,6ºС. Задняя стенка глотки гиперемирована, зерниста; миндалины гиперемированы, отечны. Полиаденопатия. Голеностопные, лучезапястные суставы умеренно отечны, болезненны при пальпации. На голенях элементы узловатой эритемы. Легкие - без видимой патологии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, пульс 104 уд/мин., АД 110/80 мм.рт.ст. Печень мягкая, выступает из-под реберного края на 1 см, пальпируется селезенка. Из анамнеза: на работе питается в столовой.

ЗАДАНИЕ.

1.Укажите наиболее вероятный диагноз. Проведите дифференциальный диагноз: иерсиниоз, рожа, ревматизм.

2.Составьте план обследования.

***Эталон ответа:***

1. Наиболее вероятный диагноз – иерсиниоз, генерализованная форма. Ревматизм полностью не исключается. В пользу иерсиниоза свидетельствует наличие характерного симптомокомплекса: лихорадка, тонзиллит, полиаденит, полиартрит, увеличение печени и селезенки. Наличие частых ангин в анамнезе, систолический шум, тонзиллит, узловая эритема не позволяют на данном этапе полностью исключить ревматизм. Двустороннее поражение кожи, появление эритемы на 15 день болезни, не укладывается в диагноз «рожа».

2.а) РПГА с иерсиниозными антигенами

 б) С-реактивный белок, сиаловые пробы, фибриноген, титры АСЛ-О

 в) ЭКГ, УЗИ сердца.

Дифференциальный диагноз с:

а) ВГ: аналогичное начало болезни может наблюдаться при вирусном гепатите А, однако, при вирусном гепатите А появление желтухи сопровождается улучшением состояния, нормализацией температуры, высыпания на коже отсутствуют.

б) с гриппом, осложненным лекарственной болезнью –отсутствует синдром ларинготрахеита, развитие токсического гепатита после кратковременного приема лекарств не характерно. Имеющееся поражение кистей и стоп патогомонично для иерсиниоза.

в) с энтеровирусной инфекцией – отсутствие катаральных явлений, выраженного диспептического синдрома. Характер сыпи, желтуха не свойственны для энтеровирусной инфекции.

***Задача №7.***

Больная В., 16 лет, учащаяся, живет в общежитии. Вызвала врача поликлиники 5.09. в связи с очень плохим самочувствием, сильной головной болью, болью в животе и в горле, слабостью. Заболела 4.09., когда внезапно поднялась температура до 39,8℃, отметила головную боль, небольшую боль при глотании, боль в животе. При осмотре отмечена гиперемия слизистой ротоглотки, у основания язычка, на мягком нёбе и верхней полосе миндалин видны 12-15 мелких папул. Со стороны органов дыхания и кровообращения изменений нет. Аппетит сохранен. Живот слегка болезненный в области пупка. Печень и селезёнка увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены. Врач диагностировал ОРЗ и рекомендовал жаропонижающие, витамины. При осмотре папул обнаружены мелкие язвочки, которые местами сливались, образуя язвы более крупного размера. Самочувствие больной не ухудшалось, хотя температура держалась на прежних цифрах. Эпиданамнез: соседка по комнате 10 дней тому назад болела в течение 3 дней «гриппом» (беспокоили боли при глотании и высокая температура, которая через 3 дня снизилась до нормальных цифр). К врачу она не обращалась.

Врач госпитализировал пациентку с диагнозом «грипп с явлениями афтозного стоматита».

ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом врача поликлиники? Если не согласны, то поставьте и обоснуйте диагноз.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Составьте план обследования.

***Эталон ответа***

1. Клиническая картина болезни не укладывается в картину гриппа, для которого не характерны боли в животе, увеличение печени и селезёнки. Характер и локализация высыпаний на слизистой ротоглотки не соответствуют картине афтозного стоматита.

2. В данном случае имеется типичная клиническая картина энтеровирусной инфекции – герпангина.

3. Для подтверждения диагноза рекомендуется исследовать парные сыворотки в РН, РСК, РТГА.

***Задача №8.***

Больная С., 28 лет, осмотрена на дому. Жалобы на боль в горле, резь в глазу, насморк, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 38,5ºС.

Болезнь началась 3 дня назад, с недомогания, катаральных явлений. Обратилась к врачу в связи с ухудшением самочувствия и проявлением рези в глазу. Состояние средней тяжести. Во внутреннем углу правого глаза слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктивы гиперемированы, склеры инъецированы, на переходной складке конъюнктивы правого глаза плёнчатый налёт. Носовое дыхание затруднено, слизисто-гнойные выделения из носа. Миндалины отёчны, гиперемированы, на слизистой оболочке задней стенки глотки гиперемированные фолликулы. Шейные лимфоузлы увеличены, безболезненные.

Госпитализирована с диагнозом: «ОРВИ. Дифтерия глаза».

ЗАДАНИЕ.

1.Ваш предварительный диагноз?

2.Проведите дифференциальный диагноз между ОРВИ и дифтерией глаза.

***Эталон ответа:***

1.Сочетание тонзиллита, фарингита, ринита и одностороннего плёнчатого конъюнктивита, увеличения лимфатических узлов характерно для аденовирусной инфекции.

2.Дифференциальный диагноз следует проводить с дифтерией глаза (плёнчатый конъюнктивит). Дифтерия глаза обычно сочетается с другими локализациями дифтерийного процесса – дифтерией ротоглотки, носа. Как самостоятельная форма дифтерия не сопровождается катаральным синдромом. Для исключения дифтерии целесообразно исследовать мазки из носа, ротоглотки и конъюнктивы на BL. Провести риноскопию и ларингоскопию.

***Задача №9.***

Больная И., 25 лет, вызвала врача «скорой помощи» в связи с плохим самочувствием, сухим болезненным кашлем, насморком, затрудненным дыханием. Говорит сиплым голосом. Больна 3-й день, заболевание связывает с переохлаждением. Сначала появилось першение в горле, заложенность носа, сиплый голос, затем кашель стал грубым. Температура тела была повышена незначительно (37,4ºС). Не лечилась, т.к. не переносит многих лекарств. Ходила на работу. Сегодня ночью стало хуже, исчез голос, появилось удушье. При осмотре: состояние средней тяжести, бледная цианоз губ. Одышка 26 в мин., дыхание шумное. Громкий, сильный «лающий» кашель. После откашливания голос появляется, но затем снова пропадает. АД 130/90 мм.рт.ст., пульс 90 уд/мин., температура 38,0ºС. В легких сухие хрипы, слизистые оболочки миндалин, дужек, задней стенки глотки гиперемированы, слегка отёчны.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Решите вопрос о госпитализации.

4.Назначьте обследование и лечение.

***Эталон ответа:***

1. ОРВИ - вероятно, парагрипп, осложненный стенозом гортани 2 степени. В пользу данного диагноза свидетельствует подострое начало заболевания с катаральных явлений, ларингита, внезапное развитие признаков стеноза гортани.

2. В данном случае следует дифференцировать с дифтерией гортани. В отличие от парагриппа, при дифтерии у взрослых признаки стеноза гортани развиваются постепенно на 4-5 день болезни, характерна полная афония. Катаральные явления в виде кашля, насморка, как правило, отсутствуют.

3. Показана экстренная госпитализация в отделение интенсивной терапии инфекционной больницы.

4. Прямая ларингоскопия для исключения дифтерии гортани, мазок из глотки и носа на дифтерию и ИФ на парагрипп. Лечение: оксигенотерапия, кортикостероиды, антигистаминные препараты, салуретики, спазмолитики, ингаляция ментола, бикарбоната, при отсутствии эффекта – интубация трахеи.

***Задача №10.***

Больной В., 45 лет, обратился повторно к врачу 8.01 с жалобами на кашель со скудной мокротой, умеренную боль в грудной клетке слева, плохой аппетит, головную боль, повышение температуры тела до 38,6ºС. Считает себя больным с 4.01, когда появилась головная боль в области лба, озноб, повысилась температура до 39,8ºС, отмечалась ломота в теле. С 5.01 присоединились скудные выделения из носа, першение в горле, сухой кашель. Обратился к врачу. Была назначена симптоматическая терапия (обильное питье с медом, глюконат кальция, аскорутин, на ночь солпадеин). Состояние несколько ухудшилось. Слабость уменьшилась. 7.01 температура тела была нормальной. 8.01 кашель усилился, сначала сухой, затем с трудно отходящей мокротой, присоединилась боль в грудной клетке слева, потливость, вновь повысилась температура до 38,6ºС.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Незначительный цианоз губ. Слизистая глотки слегка гиперемирована, на мягком небе зернистость. В легких слева в нижних отделах под лопаткой и по аксиллярной линии притупление перкуторного звука, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. ЧД -26 в мин. Тоны сердца приглушены. АД 120/70 мм.рт.ст. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте диагноз и обоснуйте его.

2.Решите вопрос о необходимости госпитализации.

3.План обследования и лечения.

***Эталон ответа:***

1. Грипп. Осложнение: левосторонняя очаговая пневмония, средней тяжести. В пользу данного диагноза свидетельствует острое начало болезни, озноб, костно-мышечная боль, боль в области лба, повышение температуры тела, присоединение насморка, першения в горле, кашля, боли в проекции трахеи, гиперемия и зернистость слизистой мягкого неба, улучшение самочувствия с последующим его ухудшением, появление болей в груди, усиление кашля, данные перкуссии и аускультации.

2. По клиническим и эпидемиологическим показаниям необходима госпитализация.

3. Рентгенография грудной клетки, анализ мокроты на флору с определением чувствительности к антибиотикам. Постельный режим, антибиотики широкого спектра действия, сердечно-сосудистые средства, вдыхание увлажненного кислорода, отхаркивающие, десенсибилизирующие препараты, витамины.

***Задача №11.***

Больной А., 19 лет, военнослужащий, заболел остро. Появился озноб, головная боль, через несколько часов присоединились боли в животе, рвота, был однократно жидкий стул. Доставлен в хирургическое отделение. При осмотре состояние средней тяжести. Беспокоит головная боль, боль в животе. Бледен. Температура 38,6ºС, пульс- 96 уд/мин, ритмичен, АД 140/90 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, болезнен при пальпации, больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина положительный, лейкоцитоз 17,5\*109/л, СОЭ - 28мм/час. Диагностирован острый аппендицит. Во время операции удален катарально измененный аппендикс. Назначен пенициллин 300 тыс. x 3раза в/м. Ночью не спал из-за сильной головной боли, повторилась рвота, утром появилась заторможенность, сохранялась высокая температура. При осмотре выраженный менингеальный синдром.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Составьте план обследования и лечения.

***Эталон ответа:***

1. Острое начало болезни, высокая лихорадка, головная боль, повторная рвота, наличие менингеального синдрома, лейкоцитоз, увеличение СОЭ позволяют в первую очередь думать о гнойном менингите, вероятнее всего менингококковой этиологии.

2. В данном случае дифференциальный диагноз следует проводить с острым аппендицитом. Наличие болей в животе обусловлено свойственной менингиту гиперстезией кожи. Обнаруженные на операции изменения аппендикса не соответствуют тяжести состояния больного, температуре и картине крови. При аппендиците появление местных симптомов, как правило, предшествуют общей симптоматике.

3. Показана люмбальная пункция с исследованием ЦСЖ, мазок на МК, бактериологическое исследование носоглоточной слизи на менингококк. Необходимо назначение пенициллина в суточной дозе 200-300 мг/кг, дегидратационная терапия, анальгетики.

***Задача №12.***

Больной К., 19 лет, студент, 10.03 обратился в студенческую поликлинику с жалобами на головную боль, озноб, слабость, першение в горле. Температура при измерении – 39,6º С. Диагностирован грипп. На следующий день состояние ухудшилось, 3 раза была рвота, головная боль усилилась, температура 40º С. Больной доставлен в стационар бригадой «скорой помощи». При поступлении состояние тяжелое, больной возбужден, неадекватен, сознание спутанное. При осмотре кожные покровы чистые. Лицо гиперемировано. В легких хрипы не выслушиваются, ЧД – 24 уд/мин, сердечные тоны ясные, АД 150/80 мм.рт.ст. Пульс 110 уд/мин, ритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Больной не мочился с вечера предыдущего дня. Выражена ригидность мышц затылка. Положительный симптом Кернига с 2-х сторон. Зрачки сужены, D=S. Во время осмотра развились клонические судороги, больной потерял сознание.

ЗАДАНИЕ.

1.Ваш предположительный диагноз, обоснуйте его.

2.Чем обусловлена тяжесть состояния?

3.План обследования и лечения.

4.Мероприятия в очаге.

***Эталон ответа:***

1. Менингококковая инфекция: менингит. Тяжелое течение. В пользу диагноза свидетельствует острое развитие болезни, головная боль, рвота, повышение температуры, резко выраженный менингеальный синдром.

2. Тяжесть течения обуславливает развитие отека мозга, за что говорит нарушение сознания, тахипное, повышение давления, судороги и сужение зрачков.

3. Необходима срочная госпитализация в отделение реанимации инфекционной больницы. Произвести люмбальную пункцию для исследования ликвора на бактериологический, клеточный состав. Электролиты. КЩС крови. Лечение проводить пенициллином в дозе 200 – 300 тыс. ЕД на кг массы в сутки. Проводить дегидратационную и дезинтоксикационную терапию.

4. За всеми контактными лицами необходимо наблюдение в течение 10 дней (термометрия, осмотр ротоглотки). Бактериологическое обследование – мазок из носоглотки на менингококк.

***Задача №13.***

Больной С., 26 лет, инженер. Почувствовал разбитость, познабливание, боль в шее при движении головой. При ощупывании шеи обнаружил с обеих сторон множественные болезненные «шишки», размером до 2 см. Температура 37,8ºС. К врачу не обращался, лечился самостоятельно: сухие компрессы на шею, жаропонижающие препараты. Состояние не улучшалось, появилась заложенность носа. На 4 день болезни заметил отек век. К 6-му дню болезни температура поднялась до 38,7ºС, появилась боль при глотании. Врач поликлиники диагностировал лакунарную ангину и назначил ампициллин в дозе 1г/сут. На 3-4 сутки приема препарата появилась сыпь на коже. Повторно осмотрен врачом. При осмотре: лицо одутловатое, веки отечны. На лице, туловище и конечностях обильная пятнисто-папулезная сыпь с геморрагическим компонентом. Миндалины увеличены до 2-ой степени, умеренно гиперемированы, в лакунах гнойные наложения. Пальпируются увеличенные до 1,5-2см болезненные задне-, переднешейные, подмышечные лимфоузлы. Печень увеличена, пальпируется край селезенки. Направлен на госпитализацию с диагнозом «корь».

ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с диагнозом врача поликлиники? Каков Ваш диагноз?

2.В чем особенности данного клинического случая?

3.Проведите дифференциальный диагноз с дифтерией, корью и лакунарной ангиной.

4.Какое дополнительное обследование необходимо для уточнения диагноза?

***Эталон ответа:***

1. Инфекционный мононуклеоз. В пользу диагноза свидетельствует постепенное начало болезни, болезненность и увеличение лимфатических узлов, наличие одутловатости лица, отёчности век, лакунарной ангины, гепатолиенального синдрома.

2. Особеностью данного случая является появление сыпи после приема ампициллина, что характерно для мононуклеоза.

3. Характер налетов, постепенное развитие болезни, полиаденопатия, гепатолиенальный синдром не характерны для дифтерии. При кори болезнь начинается остро с катаральных явлений, сыпь появляется на 4-6 день болезни, характерна этапность высыпаний. Для лакунарной ангины характерно острое начало, высокая интоксикация, резкие боли в горле, в то же время полиаденопатия не наблюдается.

4. Общий анализ крови (обратить внимание на атипичные мононуклеары), ИФА с АГ вируса Энштейна-Барр, реакция Хоффа-Бауэра.

***Задача №14***

Больной Н., 19 лет, студент, обратился к отоларингологу поликлиники с жалобами на боль в горле при глотании, неприятные ощущения в области шеи, повышение температуры до 37,4ºС, которые появились три дня назад. При осмотре выявлена лакунарная ангина и увеличение передне- и заднешейных лимфатических узлов до 1x0,5 см. Одновременно отмечена иктеричность склер и потемнение мочи. Был госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «вирусный гепатит». В отделении при более внимательном осмотре и изучении анамнеза было выяснено, что отмечал слабость, познабливание, потливость, повышение температуры уже в течение 10 дней. 3 дня назад усилилась боль в горле при глотании, температура повысилась до 38ºС. Дважды обращался с этими жалобами к врачу студенческой поликлиники, по рекомендации которого принимал аспирин, продолжал посещать занятия в институте. При осмотре в приемном отделении больницы объективно обнаружены: легкая желтушность кожи и слизистых, пастозность лица, полиаденит с преимущественным увеличением заднешейных лимфатических узлов, лакунарная ангина, увеличение печени и селезенки. Врач приемного покоя усомнился в диагнозе острого гепатита. Гемограмма: лейкоциты –12,3·109/л; п/я-10%; с/я – 20%; лимф.-62%; мон.-8%; СОЭ-17мм/час. Среди лимфоцитов 37% атипичных мононуклеаров. Биохимический анализ крови: билирубин свободный-25мкмоль/л, связанный-6,3мкмоль/л, АЛТ-629нмоль/с\*л, АСТ-435нмоль/с\*л.

ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?

2.Поставьте диагноз.

3.Проведите дифференциальный диагноз с вирусным гепатитом.

***Эталон ответа:***

1. Нет.

2. Инфекционный мононуклеоз. Лихорадка, полиаденопатия, гепатолиенальный синдром, характерные изменения в крови соответствуют поставленному диагнозу.

3. В отличие от вирусного гепатита, гепатит при инфекционном мононуклеозе развивается в разгаре болезни на фоне указанных выше симптомов.

***Задача №15***

Больная М., 19 лет, студентка, направлена врачом поликлиники в стационар с диагнозом «дифтерия ротоглотки». Больна 2 день. Заболевание началось с озноба, повышения температуры до 38,8ºС, ломоты в теле, першения в горле. На следующий день боль в горле усилилась, стало трудно открывать рот, глотать пищу. Температура 39,8ºС. При осмотре состояние средней тяжести. Лицо гиперемировано. Слизистая ротоглотки ярко красная, миндалины рыхлые, увеличены, с островчатыми наложениями желто–белого цвета с обеих сторон. Резко болезненные и увеличенные подчелюстные лимфатические узлы. АД 110/60 мм.рт.ст. Пульс 100 уд/мин.

Из эпид.анамнеза выяснилось, что в группе госпитализирован студент с диагнозом « дифтерия».

ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?

2.Предположительный диагноз и его обоснование.

3.Проведите дифференциальный диагноз.

4.Назначьте план обследования и лечения.

5.Предположите этиологию данного заболевания.

***Эталон ответа:***

1. Нет.

2. Лакунарная ангина средней тяжести. В пользу данного диагноза свидетельствуют: острое начало болезни, выраженная интоксикация, яркая гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, рыхлые миндалины с гнойными наложениями, резкая болезненность подчелюстных лимфоузлов. Дифференциальный диагноз проводится с дифтерией, инфекционным мононуклеозом.

3. В отличие от ангины, при дифтерии болезнь начинается постепенно, температура чаще субфебрильная, боль в горле умеренная, лицо бледное, слизистая ротоглотки с цианотичным оттенком, налет носит пленчатый характер, грязно–серого цвета, лимфоузлы умеренно увеличены и болезненны. Для инфекционного мононуклеоза характерно постепенное развитие болезни, наличие катаральных явлений, увеличение шейных лимфоузлов, а также печени и селезенки.

4. Для исключения дифтерии необходимо сделать мазок из ротоглотки на BL, общий анализ крови. Лечение проводить пенициллином в дозе 3 млн ЕД в сутки, а также дезинтоксикационную, десенсибилизирующую терапию.

5. Данная ангина этиологически является стрептококковой.

***Задача № 16***

Больной Б., 18 лет. Болен 7 дней. Заболевание началось с повышения температуры до 38,80С, небольшой головной боли, слабости.

Врачом поликлиники диагностировано ОРЗ, назначен аспирин. Исчез аппетит, появилась слабость, тошнота, один раз была рвота. Отмечал чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье. Температура нормализовалась к 4 дню, но на 5 день болезни утром обратил внимание на темный цвет мочи.

Госпитализирован с диагнозом: пищевая токсикоинфекция.

В приемном отделении больницы при осмотре обнаружены иктеричность склер, увеличение печени и селезенки. Стула не было 3 дня.

ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с диагнозом врача поликлиники? Если нет, то каков Ваш диагноз? Обоснуйте.

2.Укажите необходимые методы лабораторной диагностики в данном случае.

3.Составьте план лечения больного.

***Эталон ответа:***

1. Нет. Острый вирусный гепатит, наиболее вероятен гепатит А, о чем свидетельствует гриппоподобное начало болезни, улучшение самочувствия к моменту появления желтухи, увеличение печени и селезенки.

2. Комплекс биохимических исследований, маркеры ВГ.

3. В данном случае показана базисная терапия: постельный режим, 5 стол, наблюдение в динамике.

***Задача №17***

Больная Р., 48 лет, 21.07. обнаружила покраснение на шее слева, ниже уха, а в области VII шейного позвонка –небольшую болезненность. Указанные явления исчезли в течение 2 дней. С 25.08 больную стали беспокоить тянущие боли в шейно–воротниковой зоне, преимущественно слева, небольшое недомогание, познабливание, в связи с чем она обратилась к врачу поликлиники. Был диагностирован остеохондроз шейного отдела позвоночника, назначена противовоспалительная терапия диклофенаком и консультация физиотерапевта, который рекомендовал массаж шейно-воротниковой зоны. В течение 6 дней проводилась рекомендованная терапия, однако улучшения не наступало, общее самочувствие оставалось прежним, по вечерам отмечала субфебрильную температуру, была ломота в мышцах, слабость, головная боль. 01.09 у больной сложилось впечатление, что она травмировала имеющуюся сзади на шее родинку, вновь обратилась к участковому врачу и была направлена на консультацию к хирургу. При осмотре хирургом в области VII шейного позвонка обнаружены зона гиперемии диаметром около 20 см и образование чёрного цвета размером 2x3 мм, которое было иссечено, а материал отправлен на гистологическое исследование. Через 2 дня из патоморфологической лаборатории пришел ответ, что в исследуемом материале обнаружен лесной клещ. 04.09 у больной температура тела поднялась до 39ºС, усилились тянущие боли в шейной и плече-лопаточной областях. При повторном осмотре терапевтом отмечено увеличение зоны гиперемии, которая достигла поясничной области, появилось просветление и отечность в центре гиперемированного пятна. Пальпируются подмышечные лимфоузлы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 уд/мин, удовлетворительных качеств. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Ригидность затылочных мышц сомнительна, выявление этого симптома затруднено из-за болей в области шейного отдела позвоночника. Симптом Кернига отрицательный с обеих сторон. С диагнозом «токсико-аллергический дерматит на укус клеща» госпитализирована в соматическое отделение. При сборе эпидемиологического анамнеза выяснено, что больная в течение всего лета жила на даче в Подмосковье, часто посещала лес, несколько раз в течение лета были укусы клещей.

ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с диагнозом? Ваш диагноз? Обоснуйте его.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Ваша тактика обследования и лечения.

***Эталон ответа:***

1. Нет. У больного системный клещевой боррелиоз. Диагноз поставлен на основании характерных клинико-эпидемиологических данных: наличие кольцевидной мигрирующей эритемы после присасывания клеща, на фоне интоксикации и лихорадки, корешковой симптоматики, регионарного лимфаденита, данных о присасывании клещей во время посещения леса в Подмосковье.

2. Токсико-аллергические реакции на укусы кровососущих членистоногих развиваются остро, непосредственно вслед за укусом; сопровождаются появлением инфильтрации, отека, зуда в месте укуса, иногда общими признаками интоксикации, анарелаксации.

3. Для подтверждения диагноза: обнаружение антител в РНИФ, ИФА в динамике. Лечение следует проводить одним из препаратов: пенициллин, доксициклин, цефтриаксон, сумамед.

***Задача №18***

Больная Ж., 48 лет, жительница Подмосковья, 4 августа обратилась к врачу по поводу высокой температуры на 4-й день болезни. Беспокоила головная боль, жар, озноб, потливость после понижения температуры. Диагностирован «грипп» рекомендована симптоматическая терапия. На 5-й день болезни состояние удовлетворительное, температура нормальная. Однако, на следующий день температура вновь с ознобом повысилась до 39ºС. При осмотре: состояние средней тяжести, обильно потеет, температура 37,3ºС. При осмотре выявлена умеренная тахикардия, увеличение печени и селезенки. Контактов с лихорадящими больными не имела, из Подмосковья не выезжала. От госпитализации отказалась.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3.Составьте план обследования.

***Эталон ответа:***

1. 3-х дневная малярия средней тяжести. (Острое начало, озноб, высокая температура, потливость, гепатолиенальный синдром).

2. Дифференциальный диагноз проводится с гриппом, лептоспирозом, сепсисом.

3. При обследовании на дому общий анализ крови, мазок и толстую каплю на малярию.

***Задача №19***

Больной В., 40 лет, вызвал на дом врача в связи с высокой температурой. Жалобы на сильные боли в правой подмышечной области, головную боль, резкую слабость, кашель. Заболел 4 дня назад, когда появился озноб, головная боль, боль в мышцах, рвота и боли в правой подмышечной области, температура 39,5ºС. На 2-й день обнаружил в правой подмышечной области резко болезненное образование. Начал принимать бисептол. На 4-й день появился кашель, состояние ухудшилось. За день до заболевания прилетел из командировки в Астраханскую область, где в течение 2-х недель жил в полевых условиях. Состояние тяжёлое. Больной возбуждён, лицо гиперемировано. Сосуды склер и конъюнктива инъецированы. В правой подмышечной области резко болезненный, плотный конгломерат, с отёком мягких тканей, неподвижный. Кожа над ним имеет багрово–синюшную окраску. Кашель с небольшим количеством пенисто-кровянистой мокроты. При аускультации справа в нижнем отделе небольшое количество мелкопузырчатых хрипов. ЧД – 28 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс –124 уд/мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот безболезненный, пальпируется край селезёнки. В сознании. Менингеальных симптомов нет.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

2.Составьте план обследования и лечения.

3.Укажите, какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести.

***Эталон ответа:***

1. Чума, бубонная форма, вторичная пневмония, тяжёлое течение болезни. Диагноз поставлен на основании сочетания тяжёлой интоксикации, наличия резко болезненного бубона, присоединения пневмоний и эпидемиологических данных.

2. Бактериологическое исследование мокроты (бактериоскопия, посев), крови, пунктатов из бубона; заражение этими же субстратами лабораторных животных. Рентген легких. Назначить комбинированную антибактериальную терапию: стрептомицин (3г. в сутки), доксициклин (0,3 г. в сутки) или левомицетин (6г в сутки). Дезинтоксикационная терапия.

3. Врач должен по телефону сообщить главному врачу и в органы санэпиднадзора о предположительном диагнозе. Вызвать специальный транспорт для госпитализации больного в бокс. Необходимо выявить и изолировать всех контактных лиц и провести им химиопрофилактику.

***Задача № 20***

Больной Д., 25 лет обратился к врачу на пятый день болезни с жалобами на повышение температуры, головную боль, боли в мышцах. Заболел остро: появился озноб, головная боль, боли в мышцах, слабость, температура повысилась до 38,5ºС. В последующие дни температура оставалась высокой, больной почти не спал. Со 2-го дня болезни заметил плотное болезненное образование в левой подмышечной области. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,2ºС. Лицо гиперемировано, одутловато, склеры и конъюнктивы инъецированы. В левой подмышечной впадине пальпируется плотный умеренно болезненный лимфоузел размерами 3x4 см с четкими контурами, кожа над ним не изменена. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Печень выступает на 2см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

Эпиданамнез: за 4 дня до заболевания ездил на охоту в Рязанскую область, подстрелил зайца, разделывал его тушку.

ЗАДАНИЕ.

1.Ваш предварительный диагноз?

2.Можно ли думать о чуме и на основании чего? Проведите дифференциальную диагностику.

3.Составьте план обследования и лечения

4.Каковы механизмы передачи туляремии и их связь с клиническими формами болезни?

***Эталон ответа:***

1. Туляремия, бубонная форма. Об указанном диагнозе свидетельствует острое начало болезни, интоксикация, лихорадка, внешний вид больного и наличие малоболезненного бубона без признаков нагноения, связь заболевания с разделыванием тушки зайца.

2. Наличие лихорадки, интоксикации и лимфаденита может вызвать подозрение о бубонной форме чумы, однако Рязанская область расположена вне природных очагов чумы. Клинические отличия состоят в том, что интоксикация при туляремии умеренно выражена, бубон малоболезненный, без признаков периаденита и раннего нагноения.

3. Внутрикожная проба с тулярином. РА, РНГА с парными сыворотками. Лечение: больного следует госпитализировать, назначить стрептомицин 1 г. в сутки или препараты тетрациклинового ряда в обычной дозировке до 5-7 дня нормальной температуры.

4. Механизмы передачи туляремии: контактный (чаще всего ведет к развитию бубонной формы болезни); фекально-оральный (при употреблении пищи, воды, загрязненной выделениями грызунов, при этом развивается ангинозно-бубонная форма), трансмиссивный (в результате развивается кожно-бубонная форма болезни).

***Задача № 21***

Больной Х., 32 лет, заболел, возвращаясь из поездки в Уганду (Центральная Африка), где он находился в течение 2-х недель; по роду работы выходил в джунгли. При посадке в самолет почувствовал себя плохо: появился озноб, головная боль, боли в мышцах спины, нижних конечностях, пояснице. Во время перелета самочувствие продолжало ухудшаться: появилась тошнота, несколько раз была рвота, беспокоила жажда, светобоязнь, моча приобрела красноватый оттенок. Сразу по прилете доставлен в медицинский пункт аэропорта. При осмотре: состояние тяжелое, температура 40ºС, больной беспокоен, стонет, пытается встать, обращенную речь понимает плохо, на вопросы не отвечает, но команды выполняет. Лицо и шея ярко гиперемированы, глаза «налиты кровью», блестят. В момент осмотра носовое кровотечение. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД- 24 в мин, пульс- 126 уд/мин, АД 100/60 мм.рт.ст. Слизистая оболочка полости рта и языка ярко гиперемирована, отечна. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 0,5 см. Селезенку пальпировать не удалось. Сомнительные ригидность мышц затылка и симптом Кернига.

ЗАДАНИЕ.

1.О каких наиболее вероятных заболеваниях следует думать?

2.Какова должна быть тактика врача медицинского пункта?

***Эталон ответа:***

1. На основании бурного начала болезни, тяжелой интоксикации, проявляющейся головной болью, миалгией, рвотой, возбуждением, неадекватностью; наличием гиперемии лица, слизистых глаз, полости рта; развития геморрагического синдрома можно заподозрить вирусную геморрагическую лихорадку (в частности лихорадку Эбола, эндемичную для данного региона). Дифференциальный диагноз следует проводить с другими геморрагическими лихорадками, лептоспирозом, тропической малярией.

2. При подозрении на ООИ врач медпункта обязан прекратить дальнейший прием больных, закрыть двери и окна, запретить выход больных и вынос вещей. Уведомить по телефону руководство мед. службы об установленном диагнозе, запросить защитную одежду, необходимые медикаменты, средства экстренной профилактики, дезинфицирующие растворы и предметы ухода за больными. Переодеться в защитную одежду, предварительно обработав кожу 70º спиртом. Оказать больному первую помощь, уточнить данные эпиданамнеза, проводить текущую дезинфекцию. Составить список лиц, контактирующих в медпункте. Доложить прибывшим консультантам о больном. Оформить направление больного в стационар.

***Задача № 22***

Больной В., 40 лет, поступил в терапевтическое отделение больницы с диагнозом «острый пиелонефрит» 10.09. При поступлении жалуется на головную боль, тошноту, боли в животе и пояснице. Заболел 6.09 остро: появилась головная боль, озноб, боли в мышцах, температура повысилась до 39,40. Был диагностирован грипп. Лечился бисептолом, состояние не улучшалось. Из-за сильной жажды и сухости во рту пил много жидкости. 9.09 температура снизилась до 37,60С, но состояние ухудшилось. Появились сильные боли в животе и пояснице, тошнота, отметил уменьшение количества мочи. Повторно вызвал врача, который направил больного в стационар.

Контакта с больными не имел. В течение второй половины августа жил на даче в Подмосковье. Пил сырую воду из колодца. На посуде, газовой плите обнаруживал мышиный помет.

Состояние при поступлении тяжелое. Лицо гиперемировано, конъюнктивы и склеры инъецированы. Кровоизлияние в склеру левого глаза. В аксиллярных областях небольшое количество петехий, расположенных полосками. В легких – везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены. Пульс 64 уд/мин. АД 130/90. Язык обложен, суховат. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в правом и левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень +2см. В течение 6 часов не мочился. Мочевой пузырь пуст. Пальпация поясничной области резко болезненна. Больной в сознании, но заторможен, адинамичен. Менингеальных и очаговых симптомов нет.

ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?

2.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

3.С какими заболеваниями необходимо поводить дифференциальный диагноз?

4.Составьте план обследования.

***Эталон ответа:***

1. Нет, т.к. клиническая картина болезни полностью не укладывается в диагноз пиелонефрита. В частности, для пиелонефрита не характерно наличие кровоизлияний в склеры, геморрагической сыпи.

2. Наиболее вероятным диагнозом является: ГЛПС, олигурический период болезни (характерная цикличность заболевания: острое начало с выраженным токсикозом, появление признаков поражения почек и геморрагического синдрома на фоне снижения температуры, эпиданамнез).

3. Дифференциальный диагноз проводится с лептоспирозом, сепсисом.

4. Общий анализ крови, мочи, определение уровня мочевины, креатинина и К+ крови, проба Зимницкого, специфические методы – ИФА, РНИФ.

***Задача № 23***

Во время выполнения люмбальной пункции у больного менингитом и ВИЧ-инфекцией в стадии III В инфекционист случайно проколол резиновую перчатку и поранил кожу пальца с выделением капель крови.

ЗАДАНИЕ.

1.Действия врача в подобной ситуации?

2.Есть ли необходимость проведения химиопрофилактики?

3.Назовите степени риска заражения и необходимость проведения химиопрофилактики.

***Эталон ответа:***

1. Необходимо немедленно обработать перчатки дезинфицирующим раствором и снять их. Выдавить кровь из ранки, вымыть руки под проточной водой с мылом, обработать их 70% спиртом и смазать ранку 5% раствором йода. Поставить в известность администрацию медицинского учреждения, которая, проведя расследование и составив акт о несчастном случае, вносит запись об этом в индивидуальную карту медицинского работника. Наблюдение за пострадавшим врачом и исследование его крови на антитела к ВИЧ следует проводить в СПИД-центре каждые 3 месяца в течение одного года.

2. Объем химиопрофилактики зависит от степени риска парентерального инфицирования. В данном случае, несмотря на неглубокое поражение кожи (капельное отделение крови), степень риска высокая, так как у больного имеется развернутая клиническая картина заболевания (стадия III В). Комбинированная химиопрофилактика должна быть начата не позднее, чем через 6 часов после происшедшей травмы и проводится в течение 4-х недель тремя препаратами (два ингибитора обратной транскриптазы, один ингибитор протеазы).

3. Выделены 3 степени риска заражения при парентеральном инфицировании: высокая - при глубоком ранении, сопровождающемся кровотечением; умеренная – при неглубоком ранении с «капельным» отделением крови; минимальная - при поверхностной травматизации кожи или попадании биологических жидкостей больных на слизистые. Химиопрофилактика в течение 4 недель обязательна при высокой степени риска, должна быть предложена при умеренной степени риска, и желательна - при минимальной степени риска.

***Задача № 24***

Больная З., 42 года. Жалуется на жар, слабость, головную боль, покраснение и отек кожи правой голени и стопы. Заболела остро через несколько часов после переохлаждения. Внезапно появились сильный озноб, головная боль. Температура тела быстро поднялась до 39,5ºС. Дважды отмечалась рвота. Беспокоила умеренная боль в правой паховой области. На 2-й день болезни появились покраснение и отек в области тыльной поверхности правой стопы, быстро распространившиеся на голень. Боль в правой паховой области усилилась.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 39,2ºС. Органы дыхания без отклонения от нормы. Пульс 116 уд/мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. В области бедра и правой голени подкожные вены расширены, узловаты, на тыле стопы, передней и боковых поверхностях голени - гиперемия с четкими границами и неровными контурами. При пальпации участка эритемы - болезненность, более выраженная по периферии и по ходу вен. Правая голень и стопа отечны, кожа блестит. В паховой области пальпируются увеличенные, болезненные лимфатические узлы.

ЗАДАНИЕ.

1.Сформулируйте полный диагноз.

2.Дифференциальный диагноз.

3.Терапевтическая тактика.

***Эталон ответа:***

1. 1. Первичная эриматозная рожа правой голени, среднетяжелое течение болезни. Сопутствующее заболевание - варикоз вен правой ноги.

2. В данном случае дифференциальный диагноз следует проводить с тромбофлебитом поверхностных вен правой голени. В отличие от рожи, при тромбофлебите общие симптомы возникают одновременно или позже, чем локальные (боль, покраснение), участок гиперемии расположен по ходу вен, не имеет четких границ, в центре максимальная болезненность и уплотнение. В то же время, при развитии рожи у больного возможно развитие флебита и тромбофлебита.

3. Учитывая отягощенный фон, показана госпитализация. Этиотропная терапия пенициллином в дозе 6 млн ЕД в сутки должны сочетаться с назначением гепарина. Показана консультация флеболога. После выписка больная должна находиться на диспансерном наблюдении в кабинете инфекционных болезней поликлиники. Должен быть решен вопрос о лечении варикоза вен (оперативное, консервативное).

***Задача № 25***

Больной Д., 56 лет. Заболел 14.05 около 18 часов. Отметил сильную слабость, озноб, головную боль, боли в мышцах рук и ног, пояснице. Температура тела 40,6ºС. Вызвал «скорую помощь». Врач поставил диагноз «грипп». Назначил обильное питье и полоскание горла, аспирин, анальгин. Ночью спал с перерывами. Утром состояние по-прежнему плохое: головная боль, боли в мышцах, чувство жара, температура тела 41,0ºС, рвота, спутанность сознания. Был кратковременный обморок при попытке встать с постели. Появилось покраснение голени, а затем и тыла правой стопы, к середине дня распространившееся на всю голень. Несколько позже на пораженной коже появились пузыри. На второй день болезни осмотрен участковым врачом. Объективно: состояние тяжелое. Вес около 100 кг при росте 172 см. Кожные покровы бледные, горячие. Температура тела 40,2ºС. На правой ноге участок эритемы, охватывающий голень и стопу. Очертания очага неправильные, кожа напряжена, лоснится, при пальпации горячая, умеренно болезненная. Голень отечная. На тыле стопы имеются пузыри размером 3x4 см., напряженные, заполненные геморрагическим содержимым, много кровоизлияний. Имеется болезненность и увеличение паховых лимфоузлов, гиперемия кожи над ними - «розовое пятно». Ороговение кожи стоп, деформация ногтей, трещины между пальцами. Пульс 116 уд/мин, АД 110/60 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык суховат, обложен. Живот мягкий. Дизурических явлений нет. В сознании. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте и обоснуйте развернутый диагноз.

2.Определите терапевтическую тактику.

3.Обоснуйте необходимость профилактических мероприятий после выписки и составьте их планы.

4.Каков морфологический субстрат данной инфекционной болезни?

***Эталон ответа:***

1. У больного буллезно-геморрагическая рожа правой голени, тяжелое течение болезни. Сопутствующие заболевания: микоз стоп, ожирение.

2. В связи с тяжестью течения болезни показана госпитализация. Препарат выбора - пенициллин в суточной дозе 6 000 000 ЕД. Целесообразно вскрытие пузырей с последующим УФО, примочки с фурациллином, дезинтоксикационная терапия.

3. Микоз стоп и ожирение - предрасполагающие факторы к развитию рецидивирующей рожи. Больной должен быть направлен в кабинет инфекционных болезней для диспансерного наблюдения. Необходимо лечение и профилактика микоза стоп, ожирения.

4. Серозно-геморрагическое воспаление кожи с вовлечением в процесс капилляров и лимфатических сосудов кожи.

***Задача № 26***

Больная Н., 58 лет обратилась к невропатологу по поводу сильных болей в правой половине головы. Диагностирована невралгия тройничного нерва, назначены анальгетики и противовоспалительные препараты. На 5 день состояние больной ухудшилось. Температура повысилась до 39,5ºС, головная боль усилилась и приняла диффузный характер. Была однократная рвота. На правой щеке появился участок покраснения и отек. Больная вызвала врача на дом и была госпитализирована с диагнозом «рожистое воспаление лица». При поступлении состояние средней тяжести. Правая щека и веки отечны, на правой половине лба и щеке эритема с нечеткими границами, более яркая в центре, переходящая на боковую поверхность шеи. В центре эритемы кожа инфильтрирована, видны сгруппированные мелкие папулы и везикулы. Подчелюстные и околоушные лимфоузлы увеличены и умеренно болезненны. Со стороны легких, сердца и органов пищеварения без патологии. Больная в сознании, адекватна. Умеренно выражена ригидность мышц затылка. Симптом Кернига слабоположительный. Очаговых симптомов нет. Выраженная болезненность при надавливании на точки выхода тройничного нерва.

ЗАДАНИЕ.

1.Установите диагноз, обоснуйте его.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Каковы этиология и патогенез этого заболевания.

***Эталон ответа***

1. Опоясывающий лишай (herpes zoster) V1, V2. Серозный менингит? Диагноз поставлен на основании характерной динамики болезни, учитывая наличие невралгии тройничного нерва в продромальном периоде, с последующей лихорадкой и появлением местных изменений - эритемы с папулезно-везикулезными высыпаниями. Наличие головной боли, рвоты, ригидности мышц затылка говорит о наличии серозного менингита, который характерен для данного заболевания.

2. В данном случае тригеминит является не самостоятельным заболеванием, а характерным проявлением основной болезни. Для рожи не характерно наличие тригеминита, эритема имеет четкие границы, более яркая по периферии, отсутствует папулезно-везикулярные высыпания. При эриматозно-буллезной форме имеются крупные пузыри.

3. Возбудителем болезни является вирус varicella zoster, который при первичном инфицировании вызывает ветряную оспу, после перенесения этого заболевания вирус персистирует пожизненно в нервных ганглиях. При ослаблении иммунитета возобновляется репликация вируса, который распространяется по нервным волокнам и вызывает поражение кожи в пределах 1-2 сегментов соответствующих нервов.

***Задача № 27***

 Больной К., 27 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на слабость, повышение температуры до 37,5°С, появление резкого отека правой кисти.

Из анамнеза: 4 дня назад заметил на правой кисти небольшое плотноватое зудящее пятно, которое принял за укус комара. На следующий день на месте пятна образовался пузырек с геморрагическим экссудатом, зуд усилился. При расчесывании пузырек лопнул и на его месте образовалась язва, быстро покрывшаяся черной коркой. Самочувствие стало ухудшаться: появились слабость, головная боль, температура тела поднялась до 37,8°С.

При осмотре: кисть правой руки резко отечна, пальпация её безболезненна. На тыльной поверхности имеется темно-коричневая корка, вокруг корки – темно-багровый венчик, на котором видны пузырьки с прозрачным содержимым. Пальпация корки и области отека безболезненна. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены, плотные, чувствительные при пальпации.

Эпиданамнез: больной постоянно живет в Москве. Никуда не выезжал. Работает скорняком в кооперативе. Контакт с инфекционными больными отрицает.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте и обоснуйте диагноз.

2.Проведите дифференциальную диагностику.

3.Тактика участкового врача?

***Эталон ответа:***

1. Сибирская язва, кожная форма, среднетяжелое течение. Диагноз поставлен на основании характерной динамики развития местных изменений (зудящее пятно – пузырек – язва, покрытая черной коркой), наличия венчика гиперемии и вторичных пузырьков, безболезненности очага поражения и лимфатических узлов, а также эпид.данных (работа скорняком).

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с фурункулезом, туляремией, чумой.

3. Необходима экстренная госпитализация. Подать экстренное извещение в органы санэпиднадзора. Выявить контактных лиц.

***Задача № 28***

Больной В., 18 лет, студент техникума, доставлен в психиатрическую больницу 28 августа с диагнозом: «Острый психоз? Алкогольный делирий?». Болен 3-ий день: появилось беспокойство, раздражительность, боль в ногах, температура 37,5ºС, плохой сон. Сегодня состояния ухудшилось: появилось затруднение дыхания («спазмы»), обильное слюноотделение, расстройство глотания, резкая возбудимость, чувство страха. При осмотре: беспокоен, не вполне адекватен, вздрагивает от прикосновений и громких звуков, с развитием спазмов дыхания и глотания. При попытке пить воду из стакана возникает спазм мышц шеи. Зрачки расширены, глаза блуждают. АД 100/50мм.рт.ст., пульс-130 уд/мин, температура 38,6ºС. Частота дыхания до 38 в 1 минуту. Контактов с инфекционными больными не имел. Дома была собака, которая в июле умерла от «чумки». К врачу не обращался.

ЗАДАНИЕ.

1.Ваши предположения о диагнозе? Обоснуйте.

2.Как можно подтвердить диагноз?

3.Принципы ведения больного.

***Эталон ответа:***

1. Бешенство. Контакт с погибшей собакой, характерная динамика болезни с развитием на 3-й день фобий, расстройства дыхания и глотания, гиперсаливация, психомоторное возбуждение.

2. Обнаружение антигена вируса методом РИФ в отпечатках роговицы, биоптатах кожи, выделение вируса из слюны, слезной и цереброспинальной жидкостей, эксгумация трупа собаки и обнаружение телец Бабеша-Негри в препаратах мозга.

3. Лечебно-охранительный режим. Антирабический иммуноглобулин, снотворные, противосудорожные, седативные средства. Регидратация. ИВЛ.

***Задача № 29***

Больной В., 25 лет, обратился к стоматологу в поликлинику в связи с затруднением при открывании рта. Стоматолог патологии не выявил, но отметил, что больной открывает рот не более чем на 3 см и направил его к неврологу. Невролог отметил оживление сухожильных рефлексов и рекомендовал успокаивающую микстуру с валерьяной и пустырником. На следующий день больной вновь обратился в поликлинику к терапевту в связи с полной невозможностью открывать рот и появлением затруднения при дыхании. Температура 37,5ºС. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Пульс – 88 уд/мин, АД 130/85 мм.рт.ст. В амбулаторной карте терапевт отметил неадекватность поведения больного, проявляющееся в «немотивированной улыбке». Не получив помощи, больной обратился к хирургу, который выяснил, что за 10 дней до начала болезни больной получил ссадину левой голени во время игры в футбол, и после осмотра, беседы установил диагноз.

ЗАДАНИЕ.

1.Какой диагноз установил хирург? Обоснуйте его.

2.Терапевтическая тактика.

3.Появления каких симптомов возможно ожидать при отсутствии медицинской помощи?

4.Каков патогенез данного заболевания?

***Эталон ответа:***

1. Столбняк, начальный период болезни. Диагноз поставлен на основании наличия тризма, затруднения дыхания вследствие мышечного гипертонуса, наличия «сардонической улыбки», оживления сухожильных рефлексов, а также данных о наличии травмы за 10 дней до начала болезни.

2. Экстренная госпитализация. Осмотр раны, при необходимости ее хирургическая обработка. В/м введение 100-150 тыс МЕ противостолбнячной сыворотки или 900 МЕ противостолбнячного иммуноглобулина однократно. Противосудорожная терапия. По показаниям в тяжелых случаях ИВЛ, миорелаксанты, ГБО, антибиотики, полионные растворы.

3. При отсутствии медицинской помощи следует ожидать дальнейшего повышения мышечного тонуса, возможно развитие опистотонуса, присоединение генерализованных тетанических судорог, гипергидратация. Гипертермия.

4. В основе патогенеза столбняка лежит действие токсина возбудителя на ЦНС, приводящего к выпадению тормозной функции вставочных мотонейронов с развитием мышечного гипертонуса, а также усиление афферентной импульсации, которая приводит к возникновению судорожных приступов.

***Задача № 30***

Больной П., 25 лет, рабочий. Обратился в МСЧ завода в связи с плохим самочувствием, слабостью, повышением температуры тела до 37,5ºС, появлением кашля и насморка, головной боли. Осмотрен врачом. Отмечены отечность, гиперемия слизистой ротоглотки. С диагнозом «грипп» отправлен домой. В течение следующих 2-3 дней самочувствие ухудшилось, нарастала слабость, мучил сухой кашель, насморк, температура достигла 39,5ºС, исчез аппетит, плохо спал ночью. Врач поликлиники, вызванный на дом, выявил гиперемию и одутловатость лица, отечность конъюнктив и краев век, слезотечение и светобоязнь. Кашель был частым, грубым, голос - охрипшим. При осмотре полости рта и глотки - яркая гиперемия, отечность, рыхлость слизистой. На внутренней поверхности щек (напротив коренных зубов) беловатые образования до 1 мм в диаметре, окруженные небольшим венчиком красноты. В легких рассеянные, сухие хрипы, пульс 98 уд/мин, ритмичный. Латеральные шейные лимфоузлы увеличены, безболезненны. Печень не увеличена. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Решите вопрос о необходимости госпитализации.

4.Спрогнозируйте дальнейшее развитие болезни. Укажите возможные осложнения.

***Эталон ответа:***

1. Корь, катаральный период болезни. Диагноз поставлен на основании острого начала, нарастающей лихорадки, наличия катаральных явлений, в частности, конъюнктивита и склерита, наличия пятен Филатова-Коплика, увеличения лимфоузлов.

2. В данном случае необходимо дифференцировать с гриппом, при котором наблюдается более острое развитие болезни с наибольшей выраженностью в 1-2 день болезни, в то же время наличия пятен Коплика-Филатова и шейных лимфоузлов не наблюдается.

3. С учетом тяжести течения кори у взрослых желательна госпитализация больного.

4. Прогноз благоприятный, но возможны осложнения – бронхит, пневмония, кератоконъюктивит, отит, энцефалит.

***Задача № 31***

Бригада «скорой помощи» была вызвана 20.01 к больной С., 29 лет. Врач нашел больную без сознания. Со слов родственников стало известно, что 13.01 больная отметила слабость, головную боль, боли в мышцах, озноб, насморк, светобоязнь, температура тела поднялась до 38,2ºС. Принимала анальгин, 15.01 утром появилась сыпь на туловище, а к вечеру – на верхних и нижних конечностях. Отметила также боль в затылочной области. Вызванный участковый врач поставил диагноз «ОРЗ, медикаментозная сыпь». Назначена десенсибилизирующая терапия. С 3-го дня болезни температура начала снижаться и к 5-му дню болезни нормализовалась. В это же время сыпь побледнела и к 5-му дню угасла, не оставив следов. Утром 20.01 вновь поднялась температура до 38,8ºС, появилась неадекватность поведения, рвота, судороги. При осмотре: состояние тяжелое, сознание отсутствует. Кожа чистая. Увеличены затылочные и заднешейные лимфатические узлы. Дыхание ритмичное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс 60 уд/мин. АД 130/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Реакция зрачков на свет снижена, легкая сглаженность носогубной складки слева, положительные симптомы Гордона, Оппенгейма слева, положительный ладонно-подбородочный рефлекс справа. Выявлена также ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте и обоснуйте диагноз.

2.Составьте план обследования и лечения.

3.Каков прогноз заболевания?

***Эталон ответа:***

1. Краснуха, менингоэнцефалит, тяжелое течение болезни. Диагноз поставлен на основании характерной клиники – наличие лихорадки, катаральных явлений, сыпи, увеличения затылочных лимфоузлов, а также внезапное появление на 8-й день болезни температуры, судорог и потери сознания, рвоты.

2. Для подтверждения диагноза показана люмбальная пункция с исследованием цереброспинальной жидкости. Обнаружение в крови антител класса IgM или 4-х кратного нарастания титра общих антител к вирусу краснухи. Лечение – патогенетическое, борьба с отеком мозга путем применения салуретиков и дексазона.

3. Прогноз серьезный. Летальность достигает 20 – 40%.

***Задача № 32***

Больной Н., 36 лет, коммерсант. Обратился к терапевту с жалобами на высокую температуру, слабость, головную боль, отсутствие аппетита, тошноту, расстройство стула. Заболел остро 5 дней назад: появилось плохое самочувствие, ночью температура поднялась до 38,6ºС, знобило, болела голова. Дважды повторялась рвота, был жидкий стул. Принимал таблетки «от гриппа», но лучше не стало. Головная боль и слабость нарастали, на следующий день температура поднялась до 39ºС. За 10 дней до начала болезни вернулся из туристической поездки в Индию.

При осмотре состояние средней тяжести, небольшой насморк, гиперемия слизистой ротоглотки. На коже туловища и конечностей обильная пятнисто-папулезная сыпь, которую вчера больной не видел. Лимфоузлы не увеличены, в легких хрипов нет. Пульс 88 уд/мин, АД 120/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, утолщен. Живот мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул жидкий, дважды за день. Печень и селезенка пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте и обоснуйте диагноз.

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

 3.Составьте план обследования и тактику ведения больного.

***Эталон ответа:***

1. Высокая лихорадка, головная боль, бессонница, отсутствие аппетита, жидкий стул, сыпь, увеличение печени и селезенки позволяют диагностировать тифо-паратифозное заболевание, вероятно паратиф В, для которого характерно острое начало болезни, сочетание катаральных и диспептических явлений, раннее появление обильной сыпи.

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с иерсиниозом, сыпным тифом.

3. Обследование следует проводить в соответствии с предполагаемым диагнозом с учетом дифференциального диагноза. Препаратом выбора в данном случае является левомицетин, т.к он эффективен при всех 3-х дифференциальных заболеваниях.

***Задача № 33***

Больной К. 42 лет, заболел после употребления из озера воды, находясь на рыбалке в Подмосковье. На следующий день почувствовал слабость, появились тошнота, рвота, схваткообразная боль в животе, частый водянистый стул, пенистый, ярко-желтого цвета с легким «кислым» запахом. Нарастала слабость. Температура 37,6ºС. Отмечает першение в горле.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Тургор нормальный, отмечается громкое урчание в животе, которое слышно на расстоянии. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 87 уд/мин., ритмичен. Язык влажный, обложен. Отмечается умеренная гиперемия и зернистость слизистой мягкого неба, небных дужек, язычка. При пальпации живота – небольшая болезненность и урчание в параумбиликальной области. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

1.Укажите наиболее вероятный диагноз:

 а) ПТИ

 б) Холера

 в) Амебиаз

 г) Ротавирусный гастроэнтерит

 д) Иерсиниоз

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Назначьте план обследования для уточнения диагноза.

***Эталон ответа:***

1. Наиболее вероятный диагноз - ротавирусный гастроэнтерит.

2. Характер стула, наличие легких катаральных явлений, отсутствие эпидемиологических данных позволяют считать диагноз ПТИ маловероятным. Наличие болевого синдрома, характер стула, начало болезни с появления рвоты позволяет исключить холеру. Для амебиаза характерен более длительный инкубационный период, отсутствие катаральных явлений, рвоты, постепенное развитие болезни, наличие кала со слизью и кровью. Диагноз иерсиниоза полностью не может быть исключён, однако локализация болей, характер стула, наличие метеоризма более типичны для гастроэнтерита.

3. Необходимо провести бактериологическое исследование испражнений, вирусологическое и серологическое исследования с ротавирусными, иерсиниозными и сальмонеллезными антигенами.

***Задача № 34***

Больная П., 29 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в правой подвздошной области, слабость, кашицеобразный стул 3-4 раза, с примесью слизи. Заболела месяц назад, когда появились боли в животе, а затем жидкий стул до 4-х раз в сутки со слизью и кровью. Температура тела не повышалась. Обратилась в поликлинику, где был поставлен диагноз: острая дизентерия, назначен тетрациклин. Состояние улучшилось, стул нормализовался. Через неделю вновь возобновился неустойчивый стул со слизью и кровью. Больная госпитализирована с диагнозом: обострение дизентерии.

 Из эпиданамнеза известно, что за 2 недели до заболевания отдыхала в Египте, ела фрукты, овощи, пила водопроводную воду.

 При осмотре: состояние удовлетворительное. Бледная. Язык влажный, обожен белым налётом. Живот мягкий, болезненный в подвздошных областях (больше справа). Слепая и сигмовидная кишки утолщены, болезненные при пальпации. Печень + 2 см.

 ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?

2.Установите наиболее вероятный диагноз.

3.Проведите дифференциальный диагноз.

4.Назначьте план обследования и лечения.

***Эталон ответа:***

1. Нет.

2. Наиболее вероятный диагноз - кишечный амебиаз.

3. В отличие от острой дизентерии, отсутствует общая интоксикация, стул сохраняет каловый характер, имеется характерная «биполярность» поражения и типичные изменения в сигмовидной кишке при отсутствии поражения сфинктера и прямой кишки.

4. Для уточнения диагноза необходимо паразитологическое исследование нативного мазка фекалий. Параллельно провести бактериологическое исследование кала. Лечение следует проводить одним из следующих препаратов: метронидозол, тинидозол, орнидазол.

***Задача № 35***

Врач МСЧ завода вызван к главному инженеру этого завода Л., 58 лет. В 10 часов утра во время заседания у больного возникла боль постоянного характера в эпигастральной области, тошнота, рвота пищей 3 раза, однократно жидкий стул, резкая слабость. Вечером накануне заболевания обильно поужинал вместе с семьей. Члены семьи здоровы. При осмотре врач оценил состояние как среднетяжёлое, однако, настораживали сохранение болей в эпигастрии, бледность, акроцианоз, беспокойство больного. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс 94 уд/мин. АД снижено до 100/70 мм.рт.ст. (привычное АД 140/85 мм.рт.ст.) Вызвана машина скорой помощи, врач которой решил госпитализировать больного с диагнозом «ПТИ», так как на ЭКГ отклонений не выявлено.

ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?

2.Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3.Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать в подобной ситуации?

4.Какой должна быть дальнейшая тактика лечения.

***Эталон ответа:***

1. Нет, т.к. тяжесть состояния больного не соответствует выраженности диспептического синдрома. Характер болей также не типичен для ПТИ.

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с инфарктом миокарда, т.к. отсутствие изменений на ЭКГ в первые часы не исключает возможность этого заболевания.

3. Определить активность кардиоспецифических ферментов (КФК, АСТ). ЭХО КГ сердца. ЭКГ в динамике, посев кала на БД и сальмонеллы.

До уточнения диагноза необходимо использовать тактику ведения больных с инфарктом миокарда, воздержаться от промывания желудка и внутривенной регидратации.

***Задача №36***

Больная Н., 42 лет, госпитализирована в инфекционную больницу с диагнозом «вирусный гепатит». При поступлении состояние средней тяжести. Жалобы на боли в правом подреберье, тошноту, повышение температуры, кашель. Заболела около 2-х недель назад, когда появилось недомогание, повышение температуры, беспокоил кашель, одышка, на коже появились зудящие высыпания. 3 дня назад заметила потемнение мочи, а на следующий день желтушность склер и кожи. Контакта с инфекционными больными не имела, гепатитом раньше не болела, за последние полгода никаких парентеральных манипуляций не проводилось. Питается дома. За 3 недели до начала болезни в течение 3-х дней ела вяленую рыбу, привезенную из Сибири.

При осмотре отмечена умеренная желтушность склер и кожных покровов. В легких – сухие хрипы, жесткое дыхание. Обложенность языка. Болезненность при пальпации живота в эпигастральной области и правом подреберье, увеличение печени. При исследовании крови обнаружен лейкоцитоз- 15,8\*109/л, эозинофилия- 28%.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3.Составьте план обследования и лечения.

4.Назовите возбудителя данной болезни и его локализацию в организме.

***Эталон ответа:***

1. Описторхоз, острая фаза, среднетяжелое течение болезни. Диагноз поставлен на основании выраженной лихорадки, наличия признаков гепатита, лейкоцитоза и эозинофилии крови, а также эпидемиологических данных (употребление вяленой рыбы, привезенной из Сибири).

2. В данном случае дифференциальный диагноз следует проводить с вирусными гепатитами, а также с генерализованной формой иерсиниоза, лептоспирозом, обострением хронического гепатита.

3. Необходимо исследование дуоденального содержимого и испражнений с целью обнаружения яиц возбудителя, ИФА, биохимия крови, рентген легких, исследование крови на маркеры ВГВ и ВГС; а также провести обследование на лептоспироз и иерсиниоз. Лечение – празиквантел из расчета 50 мг/кг однократно.

Возбудитель – кошачья двуустка (opistorchis felineus) - поражает внутрипеченочные желчные ходы и протоки поджелудочной железы.

***Задача №37***

Больной К., 38 лет, обратился в поликлинику с жалобами на высокую лихорадку в течение 12 дней, головную боль, боли в мышцах. При осмотре обнаружены высыпания на коже, увеличение печени. Госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «брюшной тиф»?

При поступлении жалуется на боли в мышцах ног, шеи, жевательных мышцах; кашель, головную боль, повышение температуры, отечность лица. Болезнь началась с повышения температуры до 37,3-37,8ºС, с 3 дня появились боли в мышцах и «отекли глаза». Температура в течение недели достигла 38-38,8ºС (выше в вечерние часы), появились головная боль, мышечные боли усилились. На 10 день появились зудящие высыпания на коже.

Контактов с больными не имел. Примерно за 3 недели до болезни был в гостях пил водку, закусывал салатом, свиным салом, квашеной капустой. У больного имеются сведения, что двое из участников застолья болеют «гриппом».

Состояние при поступлении средней тяжести. Лицо гиперемировано, одутловато. Веки отечны. Склеры, конъюнктивы инъецированы. Пальпация мышц шеи, плечевого пояса, бедер болезненна. В легких – без патологии. Тоны сердца приглушены. Пульс 108 уд/мин, АД 105/60 мм.рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 2 см. В левом подреберье пальпируется край селезенки. Стул регулярный, кашицеобразный. Дизурии нет. Со стороны ЦНС без патологии.

Ан. крови при поступлении: Hb-138 г/л, L- 12,8\*109/л, э-24%, п/я-15%, с/я –39%, лимф.-18%, мон.-4%. СОЭ-36 мм/час.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Составьте план лечения и обследования.

4.Укажите основные звенья патогенеза этого заболевания.

***Эталон ответа:***

1. Трихинеллез, средней степени тяжести. Диагноз поставлен на основании длительной лихорадки, болей в мышцах, отечности лица, уртикарных высыпаний на коже, инъекции сосудов склер и конъюнктив, эозинофилии в крови.

2. В отличие от трихинеллеза, при брюшном тифе отмечается бледность кожных покровов, заторможенность и адинамия, сыпь носит розеолезный характер, отмечается относительная брадикардия, в крови – лейкопения и анэозинофилия. Кроме того, для брюшного тифа не характерны боли в мышцах и отек лица. Дифференциальный диагноз следует также проводить с лептоспирозом, сыпным тифом, описторхозом, бруцеллезом.

3. Для подтверждения диагноза необходимо обнаружение трихинелл в биоптатах мышц больного, в остатках подозрительных мясных продуктов (сала), серологические реакции РНГА, РСК. Лечение следует проводить мебендазолом по 300 мг/сутки в течение 5-10 дней. Одновременно следует назначить антигистаминные и нестероидные противовоспалительные препараты.

4. В основе патогенеза болезни лежит токсикоаллергическое действие продуктов метаболизма возбудителя и воспалительная реакция мышечной ткани на внедрение личинок возбудителя.

***Задача №38***

В поликлинику обратился больной К., 17 лет. Жалобы: слабость, разбитость, небольшой кашель и насморк, одышка, боли в суставах. Температура тела 37,4ºС. При осмотре выявлено наличие жесткого дыхания в легких, а при рентгенологическом исследовании выявлены с обеих сторон небольшие инфильтративные тени. Поставлен диагноз «ОРЗ, пневмония», назначено лечение пенициллином, состояние не улучшилось. Через 7 дней при повторном рентгенологическом исследовании в легких были выявлены те же изменения, но другой локализации. Больной предъявлял те же жалобы, но при этом у него появились сыпь и зуд кожи, которые были расценены как лекарственная аллергия, в связи с чем отменен пенициллин и назначен супрастин. Анализ крови: лейкоцитоз, эозинофилия (18%), незначительная гипохромная анемия. Эпиданамнез: живет в общежитии, питается в столовой, покупает овощи на рынке, не соблюдает правил личной гигиены.

ЗАДАНИЕ.

1. Предварительный диагноз и его обоснование его.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Составьте план обследования и лечения.

4. Что лежит в основе указанных клинических проявлений.

***Эталон ответа:***

1. Гельминтоз, ранняя (миграционная) фаза, вероятнее всего аскаридоз. Диагноз поставлен на основании наличия токсикоаллергического синдрома. В пользу аскаридоза свидетельствует наличие «летучих» инфильтратов в легких и данные эпиданамнеза.

2. Дифференциальный диагноз проводят с анкилостомидозами, токсокарозом, трихинеллезом, филяриатозами, стронгилоидозом.

3. РНГА с антигенами аскарид, обнаружение личинок в мокроте, гельминтологическое исследование фекалий в кишечной фазе. Лечение в миграционной стадии проводится антигистаминными препаратами, в кишечной фазе применяется пирантел 10 мг/кг однократно. Также могут быть использованы левамизол 150 мг однократно, мебендазол по 100 мг 2 раза в день в течение 2-х дней, албендазол –200-400 мг однократно.

Токсикоаллергические реакции общего и местного характера обусловлены миграцией личинок гельминта (эозинофильные инфильтраты в легких).

***Задача №39***

Больная А., 22 лет, студентка из Египта, госпитализирована с подозрением на острую дизентерию. Жалобы на боли в животе схваткообразного характера, частый стул со слизью и кровью, боли при дефекации. Состояние средней тяжести. Больна в течение 3-х месяцев, за этот период было 3 эпизода диареи, в промежутках между которыми наблюдались запоры. За 2-3 недели до первого эпизода диареи у больной отмечалась лихорадка в течение 5 дней, сопровождавшаяся зудящей сыпью и кашлем. К врачу не обращалась. При осмотре отмечена бледность кожных покровов, увеличение печени и селезенки. Болезненность при пальпации толстого кишечника, сигма уплотнена. Стул осмотрен, скудный, слизисто-кровянистого характера. При ректороманоскопии обнаружены участки катарального воспаления в прямой и сигмовидной кишке, единичные эрозии; остальная поверхность слизистой оболочки бледная, со значительным количеством мелких, желтоватого цвета гранулем. При бактериологических и серологических исследованиях на кишечную группу получены отрицательные результаты.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.С каким диагнозом следует проводить дифференциальный диагноз?

3.Составьте план обследования и назначьте лечение.

4.Каков механизм заражения?

***Эталон ответа:***

1. Можно предположить наличие кишечного шистосомоза, в пользу которого свидетельствуют: характерная динамика развития болезни, наличие острой фазы, проявляющейся лихорадкой и зудящей сыпью, в дальнейшем чередование запоров и поносов, увеличение печени и селезенки, наличие при ректороманоскопии шистозных гранулем, а также проживание в эндемичном регионе - Египте.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с дизентерией, амебиазом, неспецифическим язвенным колитом.
3. Необходимо гельминтологическое исследование испражнений и биоптатов слизистой оболочки прямой кишки. Возможна постановка кожно-аллергической реакции и серологические исследования. Лечение - празиквантел 40 мг/кг однократно.
4. Заражение происходит в результате проникновения церкариев (шистосом) через кожу при купании в зараженных водоемах, стирке белья, хождении босиком или при питье необеззараженной воды.

***Задача №40***

Больной В., 26 лет, житель Сибири, обратился к врачу с жалобами на тяжесть в правом подреберье, тупые боли в эпигастрии, тошноту, отрыжку, слабость. Болен полгода, за время болезни помимо вышеперечисленных жалоб, отмечал периодическое появление сыпи, сопровождавшейся зудом. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и склеры желтушны. В легких – хрипов нет. ЧД 16 /мин. АД 110/60 мм.рт.ст. Пульс 76 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется увеличенная на 3 см печень, умеренной плотности. В правой доле печени выявляется каменистой плотности бугристое образование, стул обычный, регулярный, гипохоличный, моча темная. По органам мочевыделительной системы и ЦНС – без патологии. Из эпид.анамнеза: контакта с больными не имел, парентеральных манипуляций не было, в последнее время в доме живут 3 собаки.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

2.С какими диагнозами необходимо дифференцировать?

3.План обследования и лечения.

4.Прогноз болезни.

***Эталон ответа:***

1. Эхинококкоз печени. В пользу данного диагноза говорит длительность заболевания, отсутствие интоксикации, наличие периодической зудящей сыпи, увеличение печени, пальпация на ее поверхности плотного образования, а также проживание в эндемичном районе.

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с раком печени, желчнокаменной болезнью, вирусными гепатитами разной этиологии.

3. УЗИ печени, сканирование печени, лапароскопия, реакция латекс–агглютинации, РНГА, ИФА. Лечение – хирургическое, химиотерапия – мебендазол по 0,1 г x 3 дня.

4. При невозможности оперативного лечения – радикального удаления паразита - прогноз неблагоприятный. Возможно обсеменение в дальнейшем печени и легких.

***Задача №41***

Больная С., 42 лет, заболела остро около 10 дней назад с озноба и подъёма температуры до 40ºС., беспокоили мышечные боли и боли в суставах. В течение последующих 3-х дней сохранялась высокая (до 40,2ºС) температура, с колебаниями в течение дня до 2,5-3ºС. Снижение температуры сопровождалось обильным потоотделением. К врачу не обращалась, т.к. несмотря на высокую температуру, субъективно чувствовала себя неплохо и не позволяли хозяйственные дела. На 4-й день болезни температура снизилась до 37,7ºС и держалась на субфебрильных цифрах с колебаниями до 0,5ºС в течение 5 дней, продолжала беспокоить потливость. В дальнейшем температура с ознобом вновь поднялась до 40,1ºС, появились боли в крестце, в коленных суставах, по поводу чего обратилась к врачу поликлиники.

 Из эпиданамнеза известно, что больная по профессии ветеринарный врач.

Объективно: кожа обычной окраски, влажная, сыпи нет. Температура 39,7ºС. Пальпируются мелкие лимфоузлы, безболезненные, мягко-эластической консистенции. Суставы внешне не изменены. Движения в коленных суставах болезненны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс 108 уд/мин., удовлетворительного наполнения, АД –110/70мм.рт.ст. Аппетит не снижен. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень на 2см выступают из-под края реберной дуги. Пальпируется селезенка. Больная эмоционально лабильна, раздражительна.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Наметьте план обследования больной.

***Эталон ответа:***

1. Острый бруцеллез. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни, высокой лихорадки с ознобами, потами, колебаниями температуры тела до 3ºС в течение суток, значительной интоксикации, появления артралгий при повторном повышении температуры, полиаденопатии, гепатолиенального синдрома, эпидемиологических данных.

2. В данном случае необходим дифференциальный диагноз с малярией, сепсисом, острым ревматизмом.

3. Кровь на реакции Райта и Хеддельсона, проба Бюрне, бактериологическое исследование крови, ревматические пробы.

***Задача №42***

Больной Ц., 30 лет, наблюдается врачом поликлиники в течение 4 дней с диагнозом «грипп». Вызвал врача повторно в связи с ухудшением состояния. Из анамнеза известно, что заболел 20.08, когда появился озноб, температура 39,0ºС, отметил сильную боль в мышцах, головную боль, рвоту. Принимал различные препараты, в том числе тетрациклин (2-3 таблетки), температура снизилась до 37,8ºС, и больной решил, что выздоравливает. Но 24.08 состояние ухудшилось, усилилась головная боль, возобновилась рвота. При осмотре обращает на себя внимание инъекция сосудов конъюнктив, иктеричность склер, гиперемия лица, увеличение печени. Отмечается гиперестезия мышц, выраженная ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и нижний симптом Брудзинского. Температура 38,6ºС.

За 10 дней до заболевания рыбачил на озере, купался, пил сырую воду. Госпитализирован с диагнозом: «менингит».

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте и обоснуйте диагноз.

2.С чем связано ухудшение состояния больного?

3.Составьте план обследования.

4.Какие изменения спинномозговой жидкости характерны для менингита при лептоспирозе?

5.Какие органы наиболее часто поражаются при данной болезни?

***Эталон ответа:***

1. Лептоспироз, менингит. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни, высокой лихорадки, мышечных болей, признаков поражения печени и оболочек мозга, связи заболевания с употреблением необеззараженной воды.

2. Ухудшение связано с развитием менингита.

3. Общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови (билирубин, трансферазы, осадочные пробы, мочевина, креатинин), микроскопия цитратной крови, реакция микроагглютинации и реакция агллютинации - лизиса лептоспир.

4. Умеренный плеоцитоз смешанного характера, небольшое повышение уровня белка.

5. Характерны: поражение почек вплоть до развития ОПН, сосудов с развитием геморрагического синдрома, печени с развитием паренхиматозного гепатита, в части случаев с желтухой, воспаление оболочек мозга.

***Задача №43***

В инфекционную больницу поступил больной Р., 28 лет, с жалобами на высокую температуру тела (до 400С), головную боль, периодическую рвоту, одышку. При осмотре: состояние тяжелое, истощен, бледен, акроцианоз. Периферические лимфоузлы увеличены до 1-1,5 см, преимущественно в шейной области, плотные, подвижные, безболезненные. Одышка (ЧД 28 в мин.), при аускультации дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения. Печень выступает из-под правой реберной дуги на 2,5 см, пальпируется селезенка. Больной дезориентирован в месте, времени, собственной личности. Выявлен правосторонний гемипарез. Периодически возникают генерализованные судороги. Менингеальных симптомов нет. Родственник, сопровождавший больного, сказал, что тот состоит на учете по поводу ВИЧ-инфекции 3 года. Ухудшение состояния наступило около 3 недель назад, когда появились головные боли и высокая температура, а затем - рвота, судороги, дезориентация.

При лабораторном исследовании в иммунном статусе отмечается значительное снижение количества CD4 лимфоцитов (до 50 кл в мкл). При исследовании крови - анемия, лейкопения. При проведении компьютерной томографии головного мозга в коре мозга обнаружено несколько кольцевидных уплотнений, окруженных отечной тканью.

ЗАДАНИЕ.

1. С чем может быть связано ухудшение состояния больного ВИЧ-инфекцией?

2. Назначьте обследование.

3. Какова тактика ведения больного?

4. Прогноз.

***Эталон ответа:***

1. У больного ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных проявлений IIIВ (СПИД) вероятнее всего церебральный токсоплазмоз, в пользу которого говорит ухудшение состояния в течение последних 3 недель с прогрессированием признаков поражения головного мозга (гемипарез, рвота, головная боль, судороги, психические расстройства).

2. В дополнение к имеющимся сведениям о наличии глубокого иммунодефицита необходима информация о токсоплазмозном поражении мозга. Необходимо серологическое обследование: РИФ, РНГА, РСК с токсоплазменным антигеном, хотя основным доказательством токсоплазмоза являются данные компьютерной томографии (кольцевидные уплотнения в коре мозга, окруженные отечной тканью). Внутрикожная проба с токсоплазмином (КП) неинформативна у больных СПИДом, так как теряет свою специфичность.

3. Госпитализация в специализированное отделение для больных ВИЧ-инфекцией. Лечение комплексное. Назначение противоретровирусных препаратов, если больной не получал их ранее. Для эффективного лечения церебрального токсоплазмоза применяют комбинацию пириметамина (50 мг в день) и сульфадиазина (1 г в день). Для профилактики побочных реакций (влияние на гематологические показатели) необходимо назначение фолиевой кислоты.

4. Если не проводить вторичную профилактику токсоплазмоза, неминуем рецидив болезни. Поэтому, в случае успешного лечения, назначение пириметамина и сульфадиазина - пожизненно.

***Задача №44***

Больной Н. 37 лет, заболел постепенно, стал отмечать неприятные ощущения, чувство онемения стоп, затем кистей, боли в конечностях. Через несколько дней появились слабость в ногах, а затем в руках. Примерно через 2 недели не смог ходить и обратился к врачу. Осмотрен на дому неврологом и госпитализирован с диагнозом «алкогольная полиневропатия» в неврологическое отделение. Перенес корь, ветряную оспу, грипп. За 3 месяца до болезни перенес токсическую дифтерию ротоглотки. Алкоголем злоупотребляет с 27 лет.

В отделении несмотря на лечение развился тетрапарез, двусторонний парез диафрагмы, дыхательная недостаточность, пневмония. В течение 2 недель находился на ИВЛ. Выписан через 4,5 месяца с остаточными явлениями тетрапареза (снижение мышечной силы в конечностях).

ЗАДАНИЕ.

1.Правильно ли установлен направительный диагноз?

2.Каков механизм поражения ЦНС?

3.Каков прогноз болезни?

***Эталон ответа:***

1. В связи с тем, что за 3 месяца до настоящего заболевания больной перенес токсическую дифтерию ротоглотки, в первую очередь следует думать о дифтерийной полиневропатии. Алкоголизм в данном случае может сыграть дополнительную провоцирующую роль.

2. В основе дифтерийной полиневропатии лежит нарушение синтеза миелина в результате действия дифтерийного токсина и развитие демиелинизации нервных стволов.

3. Прогноз благоприятный при условии отказа от употребления алкоголя.

***Задача №45***

В терапевтическое отделение поступила больная М., 58 лет, с направительным диагнозом: пневмония.

Заболела 7 дней назад, в первый день было познабливание, боль в суставах, недомогание. Со 2-го дня болезни температура поднялась до 38,7ºС, появился сухой кашель. Лечилась ампиоксом в таблетках - без эффекта.

При осмотре: кожа чистая. В легких некоторое укорочение перкуторного звука в нижних отделах справа, мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, тахикардия, ЧСС=пульсу-92 уд/мин. АД-150/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см., пальпируется селезенка.

Со слов больной: «В семье все болеют. Внук госпитализирован в больницу с пневмонией, у дочери тоже высокая температура и кашель, но она отказалась от госпитализации. Из животных дома есть кошка, недавно купили попугая».

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.

2.С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3.Составьте план обследования и лечения.

***Эталон ответа:***

Орнитоз, пневмоническая форма. В пользу данного диагноза говорит наличие клинических признаков пневмонии, гепатолиенального синдрома, неэффективность лечения ампиоксом, одновременное заболевание нескольких членов семьи, контакт с попугаем.

Ку-лихорадка, легионеллез, микоплазменная инфекция, бактериальная пневмония.

РСК, РТГА с орнитозным антигеном, РСК с коксиеллезным и микоплазменным АГ, исследование мокроты в ИФА для выявления легионелл, обнаружение антител в РНИФ. Лечение: антибиотики тетрациклинового ряда или рифамицин в средних терапевтических дозах до 7-10 дней нормальной температуры.

***Задача №46***

Больной 37 лет обратился в медпункт гостиницы с жалобами на головную боль, боль в мышцах, резкую слабость, повышение температуры до 39,5ºС, сухой кашель. Болен 2 день, заболел остро. Проживает в гостинице в течение 7 дней, участник конференции. Заседание происходит в конференц-зале гостиницы, оборудованной системой кондиционирования воздуха. Судя по записям в журнале регистрации больных мед. пункта за последние 3-ое суток со сходными жалобами обратилось 12 участников конференции. Повторных обращений не было.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его, укажите необходимые исследования для уточнения диагноза.

2.О каком механизме распространения инфекции можно думать?

3.Какие меры необходимо предпринять для предупреждения дальнейшего распространения болезни.

***Эталон ответа:***

1. Легионеллез, острое респираторное заболевание (лихорадка Понтиак). Диагноз поставлен на основании характерной клинической картины болезни и эпидемиологических данных (одномоментное заболевание 13 участников конференции, заседания которой проходили в конференц-зале, оборудованном системой кондиционирования воздуха). Для подтверждения диагноза необходимы: посев мокроты на специальные питательные среды, серологические методы (РНИФ).

2. При легионеллезе заражение происходит в результате вдыхания аэрозоля, содержащего возбудитель. Резервуаром возбудителя в данном случае, по-видимому, является система кондиционирования воздуха.

Необходимо прекратить использование конференц-зала для любых мероприятий и произвести дезинфекцию системы кондиционирования воздуха.

***Задача №47***

Больной К., 19 лет, военнослужащий, заболел остро: с ознобом, температура повысилась до 39,5ºС, появился сухой кашель, заложенность носа, головная боль. В течение последующих 2-х суток состояние не улучшилось. На 4-й день болезни госпитализирован с диагнозом «грипп». При осмотре в стационаре температура 39,8ºС, заложенность носа, очень частый сухой кашель. Признаков легочной недостаточности, физикальных изменений в легких не выявлено. На 5-й день болезни при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки справа в прикорневой зоне обнаружены пневмонический конус, ветвистость корней. В этот же день возникли боль в грудной клетке при дыхании, ощущение заложенности и боль в левом ухе, появились кровянистые выделения из слухового прохода. ЛОР-врачом диагностирован геморрагический мирингит.

В период начинающегося улучшения состояния на 8 день болезни появились боль в коленном суставе слева и умеренный отек его. В течение 4-х дней передвигался с трудом. Полное выздоровление наступило к 15 дню болезни.

ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с диагнозом гриппа?

2.Каков Ваш диагноз? Обоснуйте.

3.Изложите принципы лечения данного больного.

***Эталон ответа:***

1. Первоначальные проявления болезни соответствуют диагнозу гриппа. Однако развившиеся в дальнейшем осложнения болезни: атипично протекающая пневмония, монартрит, мирингит не характерны для гриппа и дают основание исключить грипп.

2. У больного имеет место микоплазма-пневмонии инфекция, в пользу которой говорит выявленая рентгенологически пневмония, протекающая без симптомов легочной недостаточности и без физикальных изменений в легких, монартрит и геморрагический мирингит.

3. Эффективными средствами лечения микоплазма-пневмонии инфекции являются тетрациклины, полусинтетические пенициллины. Резвившиеся внереспираторные проявления болезни лечатся симптоматически.

***Задача №48***

Больной К., 34 лет, поступил в отделение нейроинфекции с направительным диагнозом: менингококковая инфекция, менингит.

Заболел остро, температура тела повысилась до 38,2℃, появилась головная боль, боли в мышцах. На 3 день болезни состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 39,5℃, дважды была рвота, к концу дня окружающие обратили внимание на неадекватное поведение (не узнавал близких), нарушение речи (путал слова). Вечером появились генерализованные судороги в конечностях, после чего больной потерял сознание и был госпитализирован.

Контакта с инфицированными больными не имел. В детстве болел паротитной инфекцией; взрослым болел пневмонией и гриппом, а также респираторными заболеваниями, при которых отмечал высыпания на губах. При поступлении состояние тяжелое. Кожа и слизистые без изменений. Лимфатические узлы не увеличены. В легких без патологии. ЧД - 20 в минуту. Температура тела 39,2◦С. Пульс 116 уд/мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Ригидность мышц затылка умеренно выражена, с-м Кернига слабоположительный с обеих сторон. Зрачки Д=S, сглаженность левой носогубной складки. Мышечный тонус в правой руке и ноге снижен. Сухожильные рефлексы S=Д. Брюшные и кремастерные рефлексы не вызываются. Клонус левой стопы. С-м Бабинского справа. Двусторонний ладонно-подбородочный рефлекс.

При люмбальной пункции получен опалесцирующий ликвор, вытекающий под давлением 260 мм водного столба.

СМЖ - цитоз 84 клетки в 1 мкл., лимфоцитов 64%, нейтрофилов 36%, белок 0,9 г/л, глюкоза 3,2 ммоль/л, реакция Панди ++.

После осмотра у больного был повторный судорожный приступ, после которого появилась аритмия дыхания и больной переведен в отделение реанимации.

ЗАДАНИЕ.

1.Установите и обоснуйте диагноз.

2.Проведите дифференциальную диагностику.

3.Составьте план обследования и лечения.

4.Каков характер поражения ЦНС при данном заболевании?

5.Каков прогноз болезни?

***Эталон ответа:***

1. Вирусный менингоэнцефалит. Высокая лихорадка, наличие судорожного синдрома, очаговая симптоматика, быстрое развитие коматозного состояния, картина ликвора позволяют предположить герпетическую этиологию заболевания.

2. Дифференциальную диагностику в данном случае следует проводить с другими менингоэнцефалитами (бактериальными, включая туберкулезный; вирусными, в том числе коревым, краснушным, энтеровирусным, паротитным).

3. Исследование ликвора и крови на а/т против ВПГ I-II, ПЦР для обнаружения ДНК вышеуказанных вирусов, МРТ или КТ головного мозга. Бактериологическое исследование крови и ликвора. Лечение - ацикловир в дозе 30-40 мг/кг в сутки в/в, дегидратационная, дезинтоксикационная терапия, дыхательная реанимация, дексазон в дозе 0,3-0,5 мг/кг в сутки.

4. Для герпетического менингоэнцефалита характерно формирование некротических очагов преимущественно в теменно-височных областях головного мозга.

Прогноз в связи с характером течения заболевания тяжелый. Возможен летальный исход или выздоровление с тяжелым органическим поражением ЦНС. Также возможно течение болезни по типу медленной инфекции с неоднократным рецидивированием.

***Задача №49***

На прием к терапевту обратилась больная А., 28 лет, после перенесенного ОРЗ; в настоящее время чувствует себя лучше, но отмечает слабость, плохой аппетит, боль в суставах.

При осмотре: на коже конечностей и туловище несколько «синяков», которые образуются, по словам больной, в течение последнего года от малейших ушибов. Кожа и склеры желтушны. Увеличена и уплотнена печень, пальпируется селезенка. 1,5 года назад перенесла вирусный гепатит В, наблюдалась некоторое время в кабинете последующих наблюдений. Диету не соблюдала. При биохимическом исследовании крови: билирубин свободный-30 мкмоль/л, билирубин связанный-17 мкмоль/л, АлАТ-240 нмоль/с\*л, АсАТ-586 нмоль/с\*л; сулемовая проба 1,7мл; протромбиновый индекс-60%. Обнаружены также: HВs-антиген, HВe-антиген, anti-HBcore IgM.

ЗАДАНИЕ.

1.Укажите диагноз и обоснуйте его.

2.Предложите план лечения больной.

***Эталон ответа:***

1. Хронический гепатит В. Диагноз поставлен на основании наличия гепатита в анамнезе, характерных клинических и биохимических показателей, наличия маркеров гепатита В.

2. Больную следует госпитализировать в отделение вирусных гепатитов, провести симптоматическое и патогенетическое лечение в связи с наличием геморрагического синдрома, интоксикации, вероятным нарушением синтетической функции печени, а также дальнейшее обследование для уточнения этиологии, степени активности и стадии течения процесса (контроль развернутого биохимического и общего клинического анализов крови, уровня протромбинового индекса, показателей коагулограммы, определение белковосинтетической функции печени, ДНК HBV, маркеров HDV и HCV - инфекции, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, при отсутствии противопоказаний по данным анализов провести пункционную биопсию печени). В последующем – наблюдение врача-инфекциониста поликлиники совместно с врачом-консультантом гепатологического центра, по результатам обследования - решение вопроса о противовирусной терапии, симптоматическая и патогенетическая терапия, решение вопросов трудоустройства, соблюдение диеты и режима с ограничением физических нагрузок.

***Задача №50***

Больная Р., 72 лет, работница прачечной, обратилась к участковому врачу на 5-й день болезни с жалобами на головную боль, высокую температуру, сильную слабость. Заболела остро 20.01. - был озноб, температура повысилась до 38,2ºС. Появились головная боль, тошнота, головокружение. Принимала анальгин и папазол, но лучше не стало. Ночью спала плохо, испытывала беспокойство, потребность «куда-то идти, что-то предпринять».

Состояние средней тяжести, многословна, эйфорична. Лицо гиперемировано, блеск глаз. Конъюнктивы инъецированы, на переходной складке единичные кровоизлияния. Цианоз губ. На коже обильная, яркая розеолезно-петехиальная сыпь. Тремор рук и языка при его высовывании. Язык обложен, сухой. Пульс 100 ударов в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, в легких без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируются печень и селезенка. Менингеальных симптомов нет. Из перенесенных заболеваний: в 1943г - сыпной тиф, ежегодно ОРЗ, грипп. Госпитализирована с подозрением на брюшной тиф.

ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с диагнозом?

2.Поставьте диагноз и обоснуйте его.

3.Проведите дифференциальный диагноз.

4.Составьте план обследования и лечения.

***Эталон ответа:***

1. Нет, т.к. для брюшного тифа не характерно острое начало болезни, возбуждение, гиперемия лица, кровоизлияния в конъюнктиву, тремор рук и языка и розеолезно-петехиальная сыпь на 5 день болезни.

2. Болезнь Брилля. В пользу этого диагноза говорит указанная выше клиническая картина, сыпной тиф в анамнезе.

3. В отличие от сыпного тифа, брюшной тиф начинается постепенно, больные бледные, адинамичные, сыпь появляется на 8-10 день болезни – розеолезная, необильная, локализуется преимущественно на животе и передней поверхности грудной клетки.

Для исключения диагноза «брюшной тиф» необходимо бактериологическое исследование крови, кала, мочи, РПГА. Для подтверждения диагноза «болезнь Брилля» РСК, РПГА, РНИФ с а/г Провачека. Препаратом выбора для лечения является доксициклин по схеме, показаны седативная и кардиотропная терапия.

***Задача №51***

Больной К., 38 лет, поступил в больницу с жалобами на кашель с небольшим количеством мокроты, головную боль, потливость. Заболел 5 дней назад: озноб, температура-38,5ºС, на следующей день появилось першение и боль в горле при глотании, с 4 дня болезни – кашель, боли в суставах. Контактов с инфекционными больными, не имел, работает на животноводческой ферме. Состояние на момент осмотра средней тяжести, температура - 38,8ºС, лицо гиперемировано, конъюнктивы инъецированы, слизистая ротоглотки гиперемирована, отечна. При перкуссии грудной клетки небольшое укорочение перкуторного звука справа в нижнем отделе, там же жесткое дыхание, единичные сухие и влажные хрипы. Пульс – 84 уд. в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Печень и селезёнка увеличены.

Анализ крови: Лейкоциты –4,6x109/л, п/я –19%, с/я – 49%, лимф. –26%, мон.– 6%, СОЭ –24 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: правосторонняя интерстициальная пневмония.

ЗАДАНИЕ.

1.Укажите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз: пневмококковая пневмония; орнитоз; Ку-лихорадка; легионеллез; грипп, осложненный пневмонией.

2.Составьте план обследования.

3.Назначьте этиотропную терапию.

***Эталон ответа:***

1. Наиболее вероятным диагнозом является Ку-лихорадка, о чем свидетельствует сочетание лихорадочного-интоксикационного синдрома с интерстициальной пневмонией, арталгиями, гепатолиенальным синдромом, лейкопенией в крови, а также эпидемиологические данные (работа на ферме).

2. Для подтверждения диагноза необходимо: обнаружение антител при помощи РСК с риккетсиями Бернета, РНИФ в парных сыворотках с интервалом 7-12 дней. Наличие гепатолиенального синдрома, физикальные и рентегенологические данные, лейкопения в крови позволяют исключить пневмококковую и постгриппозную пневмонию.

3. Препаратами выбора являются антибиотики тетрациклинового ряда в средних терапевтических дозах.

***Задача № 52***

Больной И., 32 лет обратился к участковому врачу на 5-й день болезни с жалобами на головную боль, высокую температуру, сильную слабость, появление сыпи на теле. Заболел остро 26.08.: был сильный озноб, повышение температуры до 38,6ºС. Появились головная боль, головокружение, нарушился сон, были устрашающие сновидения. Принимал аспирин, парацетамол, однако облегчения не наступало, усилилась головная боль, болели мышцы и суставы, на 4-й день болезни, 29.08., на теле появилась сыпь. При осмотре врача: состояние средней тяжести, температура тела 38,8ºС, лицо гиперемировано, одутловато, конъюнктивы инъецированы, склерит, небольшой цианоз губ. На коже туловища и конечностей – обильная розеолезно-папулезная сыпь, единичные петехии на боковых поверхностях грудной клетки, ладонные и подошвенные поверхности свободны от сыпи. В области правого предплечья –возвышающийся над поверхностью кожи небольшой инфильтрат с некрозом в центре, покрытый темной корочкой. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, пульс 72 удара в минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Сознание ясное, больной эйфоричен, несколько возбужден. Менингеальных знаков и очаговой симптоматики нет. Из эпид. анамнеза известно: геодезист, 20.08. вернулся из командировки из Иркутской области, где работа была связана с пребыванием в лесной местности. Был случай присасывания клеща. Госпитализирован в инфекционную больницу с подозрением на менингококковую инфекцию.

ЗАДАНИЕ.

1.Какие симптомы противоречат предполагаемому диагнозу?

2.Установите и обоснуйте диагноз.

3.Какова тактика лечения больного?

***Эталон ответа:***

1. Диагнозу «менингококковая инфекция» противоречат сроки появления, характер и локализация сыпи, отсутствие менингеальных симптомов, наличие «первичного аффекта».

2. Североазиатский клещевой риккетсиоз. Установлен на основании характерного для риккетсиозов симптомокомплекса (острое начало, поражение ЦНС, внешний вид больного, сыпь) в сочетании с наличием «первичного аффекта» и эпидемиологических данных (пребывание в Иркутской области, присасывание клещей).

3. Препаратами выбора являются антибиотики тетрациклинового ряда (доксициклин, тетрациклин) и патогенетическая терапия.

***Задача № 53***

Больная К., 28 лет. Обратилась в поликлинику 1 июля с жалобами на головную боль, ломоту в мышцах, бессонницу, высокую температуру.

 Больна в течение 10 дней, заболевание началось остро с сильного озноба, головной боли, повышения температуры до 40ºС. Обратилась к врачу в первый же день, диагностирова грипп; принимала панадол. Через 3 дня температура нормализовалась, обильно потела, самочувствие значительно улучшилось, но 2 дня спустя вновь повысилась температура до 39ºС, возобновилась вышеперечисленные симптомы.

Из эпиданамнеза- в течение июня гостила у родственников, живущих в Казахстане, в селе; снимала с себя клещей, кусали комары.

При осмотре состояние средней тяжести, небольшая гиперемия лица. На правом голени точечное кровоизлияние, папулы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, не учащены. Язык влажный, обложен. Пальпируются увеличенные печень и селезенка. Стул 3 раза в день, жидкий. Беспокойство, по ночам бредит.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте диагноз.

2.С какими болезнями необходимо провести дифференциальный диагноз?

3.Назначьте обследование.

4.Тактика ведения больной.

***Эталон ответа:***

1. Клещевой возвратный тиф.

2. Болезнь Лайма, туляремия, малярия.

3. Исследование мазка и толстой капли крови на боррелии.

4. Госпитализация в инфекционную больницу, антибиотикотерапия (пенициллин, левомицетин, тетрациклин).

***Задача № 54***

Больной Р., 42 лет, в течение года живет в Москве, до этого жил в Таджикистане. Поступил в стационар по «скорой помощи», с подозрением на сепсис. Жалобы на слабость, потливость, ознобы. Заболел 4 месяца назад, когда постепенно появились познабливание, утомляемость, субфебрильная температура, которая достигла 39ºС, ухудшился аппетит, больной значительно похудел. Неоднократно обращался к врачу, - подозревалось заболевание крови, однако диагноз не подтвердился. При осмотре состояние средней тяжести. Бледен. Обращает на себя внимание землянисто-серая окраска кожи. Кахексия. В легких - без патологии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 84 уд/мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Язык обложен. На миндалинах, в области небных дужек эрозии и язвы, покрытые грязно-серым налетом. Живот втянут, болезненный. Печень увеличена на 20 см, плотная, селезенка выступает из подреберья на 5,0см, плотная. Дизурических явлений нет. Со стороны ЦНС патологии нет.

Анализ крови: Hb-96г/л, эрит-3,2\*1012/л, тромб.-156 тыс, лейкоц-3,4\*109/л, э.-0, п/я-1%, с/я-28%, лимф-59%, мон-12%, СОЭ-54 мм/час.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Составьте план обследования.

***Эталон ответа:***

1. Висцеральный лейшманиоз, о чем свидетельствует длительная лихорадка, истощение, окраска кожи, эрозивно-язвенное поражение слизистой ротоглотки, диарея, спленомегалия, гипохромная анемия, тромбоцитопения, гранулоцитопения, высокая СОЭ, длительное проживание в Таджикистане.

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с ВИЧ-инфекцией (СПИД), гематологическими заболеваниями, сепсисом.

3. Паразитоскопия мазка костного мозга, мазка и толстой капли крови, РСК, РНИФ, ИФА.

***Задача № 55***

Больной С., 20 лет, переведен из терапевтического отделения с диагнозом: брюшной тиф, реакция Видаля 1:200.

Заболел остро, когда среди ночи появился озноб, головная боль, температура до 39,70С. В последующие 4 суток состояние больного ухудшалось, нарастала слабость, беспокоили головные боли, боли в суставах, мышцах, ознобы, потливость. На 5 д.б. госпитализирован с подозрением на ревматизм. За день до госпитализации усилилась головная боль, дважды была рвота.

При обследовании в стационаре ревмопробы отрицательные, признаков порока сердца не обнаружено. Анализ крови: Hb-105г/л, эритр.-3,5\*1012/л, лейкоциты-5,6\*109/л, э.-0, п/я-3%, с/я-47%, лф-16%, м-4%. СОЭ-48мм/ч. После получения результатов обследования на брюшной тиф переведен в инфекционную больницу на 8 д.б. В прошлом кроме ветряной оспы ничем не болел.

Состояние тяжелое. Бледен, сыпи нет. Склеры субиктеричны. Кровоизлияния в конъюктивы обоих глаз. В области локтевых сгибов – следы множественных инъекций. Суставы внешне не изменены, но движения в них болезненны. ЧДД – 28 в минуту. В легких – при перкуссии ясный легочный звук, при аускультации с обеих сторон в средних и нижних отделах небольшое количество мелкопузырчатых хрипов. Ps – 112 уд/мин. АД 105/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, легкий систолический шум на верхушке. Язык густо обложен. Живот мягкий. Печень и селезенка увеличены. Симптом Пастернацкого слабоположительный. В последние 2 дня отмечает уменьшение количества мочи. Цвет ее с красноватым оттенком. Больной в сознании, но возбужден, беспокоен, агрессивен. Ригидность мышц затылка умеренно выражена. Симптом Кернига слабоположительный с обеих сторон.

ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?

2.Установите и обоснуйте диагноз. Какие данные анамнеза необходимо уточнить. Укажите наиболее вероятную причину заболевания.

3.Составьте план обследования и лечения.

***Эталон ответа:***

1. Нет, т.к. острое начало болезни, лихорадка с ознобом и потами, полиорганность поражения, высокая СОЭ не укладываются в направительный диагноз. Р-я Видаля в титре 1:200 недостаточна для подтверждения диагноза.

2. Острое начало болезни, высокая лихорадка с ознобом и потами, признаки поражения легких, ЦНС, почек, гепатолиенальный синдром, высокая СОЭ позволяют предположить у больного сепсис. Для уточнения причины возникновения сепсиса необходимо выяснить, по какому поводу проводились множественные внутривенные инъекции. Вероятнее всего, развитие сепсиса связано с внутривенным введением наркотиков.

3. Посев крови, мочи, кала на тифо-паратифозную группу. РПГА с сальмонеллезным диагностикумом. Рентгенография грудной клетки. УЗИ органов брюшной полости и почек. Биохимический анализ крови, коагулограмма. Консультация нарколога. Люмбальная пункция с бактериологическим исследованием ЦСЖ.

4. Лечение: до установления этиологического фактора назначают антибактериальные препараты широкого спектра (амоксиклав, цефатоксим, цефтриаксон, меропенем, фторхинолоны), в дальнейшем - по результатам исследования чувствительности выделенной флоры; иммунопрепараты – нормальный человеческий иммуноглобулин, пентоглобин, эндоглобин; дезинтоксикационная терапия.

***Задача № 56***

Больная Л., 26 лет, рабочая рыбокомбината, направлена в инфекционную больницу с диагнозом «рожа левой кисти». Состояние при поступлении удовлетворительное. Жалобы на зуд и жжение в области среднего пальца левой кисти. Больна 3-й день, болезнь началась с появления указанных выше жалоб, небольшого недомогания, повышения температуры до 37,6ºС. Обратила внимание на покраснение кожи среднего пальца левой кисти, который за 2 дня до заболевания уколола рыбной костью.

При осмотре в области ладонной поверхности среднего пальца участок эритемы багрового цвета, распространяющийся на ладонную поверхность кисти. Края эритемы четкие, приподнятые, кожа на пораженном участке инфильтрирована, безболезненна при пальпации. Среднефаланговый сустав отечен, движения болезненны.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Назначьте лечение.

***Эталон ответа:***

1. Эризипелоид, диагноз поставлен на основании характерного поражения и данных анамнеза (укол рыбной костью).

2. Дифференциальный диагноз проводится с рожей. В отличие от рожи, при эризипелоиде отсутствует высокая лихорадка и интоксикация. Локализация процесса на пальцах не характерна для рожи. При роже эритема распространяется быстро, охватывает другие участки кожи и имеет яркую пунцовую окраску. Выражен отек мягких тканей. Не характерно поражение суставов.

3. Этиотропную терапию проводят пенициллином 500 тыс. через 4 часа в течение 7 дней. В патогенетической терапии больные не нуждаются.

***Задача № 57***

Больной Ш., 20 лет, рядовой. Обратился в МСЧ 3.04 с жалобами на припухлость шеи в области правой околоушной железы, боль при открывании рта, сухость во рту, головную боль, слабость.

Заболел накануне вечером, когда заметил припухлость в области угла нижней челюсти справа, боль при открывании рта, слабость, боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести, температура 37,7ºС. Кожные покровы чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Незначительный тризм жевательной мускулатуры. В правой околоушной области отмечается припухлость, слегка болезненная при пальпации, тестоватой консистенции, не связанная с подлежащими тканями, кожа над ней натянута и лоснится. Слизистая глотки не гиперемирована. В легких жесткое дыхание, хрипов нет, Тоны сердца ритмичные. Пульс 86 уд/мин, ритмичный удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык густо обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул скудный 2 раза в сутки без патологических признаков. Печень и селезенка не пальпируются. Менингеальных явлений нет. Госпитализирован.

 В дальнейшем температура тела стала снижаться и нормализовалась 5.04. Припухлость в области правой околоушной железы стала постепенно исчезать. При обследовании выявлено повышение амилазы крови до 320 г/(ч/л) (норма 16 – 32 г/(ч/л). 7.04 появился озноб, температура тела 39,1ºС. головная боль. Ноющие боли в правом яичке, паховой области. При осмотре: правое яичко увеличено в размере по сравнению с левым в 2 раза, плотное, болезненное, кожа мошонки гиперемирована.

ЗАДАНИЕ.

1.Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2.Поражение каких органов возможно при данном заболевании (особенно у взрослых)?

3.Какие отдаленные неблагоприятные последствия возможны после перенесения данной инфекции?

***Эталон ответа:***

1. Паротитная инфекция: правосторонний паротит, панкреатит, правосторонний орхит. Диагноз установлен на основании наличия лихорадки, увеличения и болезненности правой околоушной железы, болей в животе, жидкого стула и повышения активности амилазы крови, клинических признаков орхита.

2. Помимо наблюдавшихся у данного больного проявлений, возможно еще поражение ЦНС в виде менингита, менингоэнцефалита; сальпингоофорит, бартолинит, мастит у женщин; поражение щитовидной железы, в редких случаях наблюдается поражение и других желез (слезной, вилочковой, паращитовидной, надпочечников, предстательной железы).

3. Развитие сахарного диабета. При 2-х стороннем орхите возможна атрофия яичек и бесплодие.

***Задача № 58***

В результате обследования зоны ЧС (населенного пункта М.) группа санитарно-эпидемиологической разведки выявила: среди населения появились групповые заболевания брюшным тифом и имеется единичный случай заболевания холерой. Как оценивается санитарно-эпидемическое состояние района ЧС? Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

***Эталон ответа:***

***Задача № 59***

В результате обследования зоны ЧС (населенного пункта М.) группа санитарно-эпидемиологической разведки выявила: среди населения имеется рост заболеваемости дизентерией, появились единичные не наблюдавшиеся ранее заболевания брюшным тифом, при удовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии территория населенного пункта и водоисточников. Как оценивается санитарно-эпидемическое состояние района ЧС? Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

***Эталон ответа:***

Неустойчивое. Изоляция и госпитализация инфекционных больных, выявление и бактериологическое обследование контактных, а также работников питания и водоснабжения, вакцинация и антибиотикопрофилактика, усиление санитарного надзора за объектами питания и водоснабжения, санитарно-просветительная работа и др.

***Задача № 60***

В результате обследования зоны ЧС (населенного пункта М.) группа санитарно-эпидемиологической разведки выявила: среди населения появились групповые заболевания брюшным тифом и имеется единичный случай заболевания холерой. Как оценивается санитарно-гигиеническое состояние района ЧС?

***Эталон ответа:***

Неблагополучное. Обсервационные мероприятия.

***Задача № 61***

Для обеззараживания эпидемического очага инфекции введена дезинфекционная группа. Состав дезинфекционной группы? Возможности дезинфекционной группы?

***Эталон ответа:***

Дезинструктор, дезинфектор и два санитара. В течение рабочего дня группа способна обработать 25 квартир площадью 60м2 каждая.

***Задача № 61***

Примите управленческое решение по организации работы ЛПУ и режиму поведения персонала и больных.

***Эталон ответа:***

1. Персонал ЛПУ и больные, находящиеся на стационарном лечении, подлежат эвакуации;

2. Нетранспортабельные больные подлежат укрытию в защищенном стационаре.

3. В результате аварии на градообразующем горно-химическом комбинате, облако, содержащее изотопы 131I, 92Kr, 92Ru, 90Sr, 137Cs, движется в направлении населенного пункта, в котором находится руководимое Вами ЛПУ. Предполагаемый уровень радиоактивного загрязнения территории может составить 250 кюри/м2. Ожидаемое время прохода облака над городом – через 4 часа.

***Задача № 62***

Как врач может воздействовать на отношение своих пациентов к собственному здоровью? Сформулируйте задачи просветительской работы врача.

***Эталон ответа:***

Для изменения отношения и стратегии поведения людей в сфере здоровья проводят мероприятия, как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Врачи работают персонально с каждым пациентом, а целью общественного здравоохранения становится работа с отдельными социально-экономическими группами населения. Личностно ориентированная работа необходима, так как значительная часть населения рождается здоровой и становится больной в результате неправильного поведения и негативного влияния окружающей среды.

***Задача № 63***

Для оценки эффективности использования коечного фонда рассчитываются следующие показатели: среднее число дней использования койки в году, оборот койки, среднее число дней пребывания больного на койке.

Какой из перечисленных показателей характеризует функцию койки. Обоснуйте свое решение.

***Эталон ответа:***

Функцию койки характеризует её оборот – число лечившихся больных.

***Задача № 64***

Работник общепита Гирина С.И., контактная по дизентерии, была отправлена врачом-инфекционистом районной поликлиники № 90 на карантин с 5.10. по 11.10. Оформите нетрудоспособность Гириной С.И. Гирина Серафима Игоревна 39 лет, повар столовой завода «Пластполимер». Проживает по адресу: ул. Демьяна Бедного д. 4 кв 112.

***Эталон ответа:***

При временном отстранении от работы граждан, контактировавших с инфекционными больными, или граждан, выявленных как бактерионосители, листок нетрудоспособности выдается врачом-инфекционистом, а в случае его отсутствия - лечащим врачом. Продолжительность отстранения от работы в этих случаях определяется утвержденными сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания и соприкасавшихся с ними.

1. **Критерии оценивания результатов сдачи итоговой государственной аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **Ответ на вопросы экзаменационного билета** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа: |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа: Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа: Допускается несколько ошибок в содержании ответа: |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа: |
| **Сдача практических навыков (решение задач и выполнение****практических****заданий)** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

1. **Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней. Подготовка кадров высшей квалификации-ординатура

Специальность: 31.08.35 Инфекционные болезни

Дисциплина: Инфекционные болезни

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**

**I этап государственной аттестации – сдача практических навыков:**

**Демонстрация выполнения практических навыков**

1. Клиническое обследование больного по всем органам и системам
2. Техника выполнения взятия кала на бактериологическое исследование

**II этап государственной аттестации - устный вопрос по билетам:**

**I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Особенности транспортировки и госпитализации инфекционных больных. КИЗ и его функции

2. Рожа. Этиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Дифференциальный диагноз. Исходы, лечение, лечение рецидивирующей рожи. Профилактика рецидивов.

**II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Ситуационная задача

Больной С., 38 лет. Обратился к врачу скорой помощи 4.09. с жалобами на постоянную умеренную боль в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38,6ºС. Из анамнеза известно, что за 2 недели до болезни возвратился из круиза по Волге. Впервые почувствовал недомогание 17.08.: познабливало, болела голова. Температура 37,4ºС. К врачу не обращался, самостоятельно принимал ампициллин по 1 таб. 3 раза в день. Продолжал работать, хотя сохранялась субфебрильная температура, познабливало, был плохой аппетит. 22-23.08. проявления заболевания исчезли, прекратил принимать ампициллин. В ночь с 3 на 4.09. вновь повысилась температура, появились боли в животе (преимущественно справа), тошнота, была однократная рвота. Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, сухая, на животе имеются несколько розовых «пятен». Язык обложен густым серым налетом, суховат. Живот вздут, умеренно болезненный в илеоцекальной области. Там же определяется небольшое напряжение мышц, нерезко выраженный симптом Щеткина. С диагнозом «острый аппендицит» доставлен в стационар, прооперирован. Червеобразный отросток умеренно гиперемирован, отечен. При ревизии брюшной полости замечено значительное увеличение мезентериальных узлов, один из них удален для гистологического исследования. В дистальном отделе подвздошной кишки обнаружены просвечивающие сквозь кишечную стенку язвы. Анализ крови: Hb-126г/л, лейкоциты-6,1\*109/л, п/я-8%, с/я-51%, лим.-38%, мон-3%, СОЭ-12 мм/час. Поставлен диагноз «острый аппендицит, язвенный илеит».

ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с данным диагнозом?

2.Установите диагноз.

3.План обследования и лечения.

Заведующая кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (А.С. Паньков)

Декан факультета подготовки кадров

высшей квалификации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (И.В. Ткаченко)

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | УК-1 | Знать - приемы абстрактного мышления, анализа и синтеза. | Вопросы №63-88 |
| Уметь - применить абстрактное мышление, анализ и синтез , совершенствовать свои взгляды и убеждения, переносить философское мировоззрение в область материально – практической деятельности. | Ситуационные задачи №58-64 |
| Владеть - способностью абстрактно мыслить, анализировать, синтезировать получаемую информацию. | Ситуационные задачи №58-64 |
|  | УК -2  | Знать - психолого-педагогические основы управления коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия | Вопросы №63-88 |
| Уметь - управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные. | Ситуационные задачи №58-64 |
| Владеть - основами управления коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия. | Ситуационные задачи №58-64 |
|  | УК-3 | Знать - программы среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также дополнительные профессиональные программы для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. | Вопросы №63-88 |
| Уметь - применять на практике программы среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также дополнительные профессиональные программы для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения  | Ситуационные задачи №58-64 |
| Владеть - навыками работы с программами среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также дополнительными профессиональными программами для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. | Ситуационные задачи №58-64 |
| 2 | ПК-1  | Знать - уровни и методы первичной профилактики, методы диагностики и профилактики инфекционных заболеваний. | Вопросы №1-62 |
| Уметь - предпринимать меры профилактики направленные на предупреждения возникновения или распространения, использовать знания по профилактике инфекционных болезней | Ситуационные задачи №1-57 |
| Владеть - методами оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, их коррекции, давать рекомендации по здоровому питанию, мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастно-половых групп и состояния здоровья, по двигательным режимам и занятиям физической культурой, оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными осуществлять профилактические мероприятия. | Ситуационные задачи №1-57Практические задания №1-6 |
| 3 | ПК-2 | Знать - основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения; ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации; требования и правила получения информированного согласия на диагностические процедуры; правила составления диспансерных групп; основные принципы диспансеризации больных с инфекционными заболеваниями. | Вопросы №1-62 |
| Уметь - определять состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи; провести общеклиническое исследование по показаниям; выяснять жалобы пациента, собирать анамнез заболевания и жизни; заполнять документацию; проводить клиническое обследование пациента: внешний осмотр; формировать диспансерные группы. | Ситуационные задачи №1-57 |
| Владеть - навыками осуществления санитарно-просветительской работы с взрослым населением, направленной на пропаганду здоровья, предупреждение инфекционных заболеваний; навыками заполнения учетно-отчетной документации; навыками оформления информированного согласия; методами контроля за эффективностью диспансеризации. | Ситуационные задачи №1-57Практические задания №1-6 |
|  | ПК - 3 | Знать - организацию врачебного контроля за состоянием здоровья населения с инфекционными заболеваниями , методику оказания помощи при инфекционных заболеваниях. организацию защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях. | Вопросы №1-62 |
| Уметь - использовать знания по проведению противоэпидемических мероприятий. По организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях. | Ситуационные задачи №1-57 |
| Владеть - методами, обеспечивающими защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях. | Ситуационные задачи №1-57Практические задания №1-6 |
|  | ПК -4 | Знать - методику сбора и медико-статистического анализа информации об инфекционных заболеваниях | Вопросы №1-62 |
| Уметь - применить на практике методику сбора и медико-статистического анализа информации об инфекционных заболеваниях. | Ситуационные задачи №1-57 |
| Владеть - методами сбора медико-статистических данных и расчёт показателей инфекционной заболеваемости; методами сравнительного анализа показателей инфекционной заболеваемости; методами оценки динамики инфекционной заболеваемости | Ситуационные задачи №1-57Практические задания №1-6 |
| 4 | ПК-5 | Знать - современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с инфекционными заболеваниями, необходимыми для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. | Вопросы №1-62 |
| Уметь - выбирать и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания и патологических процессов; оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования. | Ситуационные задачи №1-57 |
| Владеть - методами общеклинического обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов при инфекционных заболеваниях; алгоритмом постановки развёрнутого клинического диагноза пациентам на основании Международной классификации болезней. | Ситуационные задачи №1-57Практические задания №1-6 |
| 5 | ПК-6 | Знать - основные характеристики лекарственных препаратов, используемых в инфекционных болезнях, показания и противопоказания к их назначению, показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов; методы лечения заболеваний, согласно установленным стандартам. | Вопросы №1-62 |
| Уметь - оказывать первую помощь, лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях, осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств. | Ситуационные задачи №1-57 |
| Владеть - алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий при инфекционных заболеваниях ; оценки тяжести состояния больного: определения объема первой и неотложной помощи и оказания ее; выявления показания к срочной или плановой госпитализации; составления обоснованного плана лечения; выявления возможных осложнений лекарственной терапии; коррекции плана лечения при отсутствии эффекта или развитии осложнений; своевременно выявлять угрожающие жизни состояния и нарушения. | Ситуационные задачи №1-57Практические задания №1-6 |
|  | ПК-7 | Знать - алгоритм оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации. | Вопросы №1-62 |
| Уметь - оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе быть готовым к участию в медицинской эвакуации. | Ситуационные задачи №1-57 |
| Владеть - навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации. | Ситуационные задачи №1-57Практические задания №1-6 |
| 6 | ПК-8 | Знать - механизм лечебно-­реабилитационного воздействия физиотерапии, рефлексотерапии, показания и противопоказания к их назначению методы диагностики, лечения и профилактики инфекционных заболеваний. | Вопросы №1-62 |
| Уметь - использовать знания по профилактике инфекционных, болезней обосновать выбор физиотерапевтического воздействия у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях; предпринимать меры профилактики осложнений при физиотерапевтическом лечении; разработать оптимальную тактику лечения заболеваний с использованием физиотерапевтических методов. | Ситуационные задачи №1-57 |
| Владеть - методами оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, их коррекции, осуществлять профилактические мероприятия методами физиотерапии и реабилитации пациентов. | Ситуационные задачи №1-57Практические задания №1-6 |
|  | ПК-9 | Знать - методы организации санитарно-просветительной работы (школы здоровья, лекции и беседы для целевых групп высокого риска по возникновению инфекционных заболеваний). | Вопросы №1-62 |
| Уметь - организовывать санитарно-просветительную работу (школы здоровья, лекции и беседы для целевых групп высокого риска по возникновению инфекционных заболеваний). | Ситуационные задачи №1-57 |
| Владеть - методами организации санитарно-просветительной работы (школы здоровья, лекции и беседы для целевых групп высокого риска по возникновению инфекционных заболеваний). | Ситуационные задачи №1-57Практические задания №1-6 |
|  | ПК -10 | Знать - принципы проведения экспертизы временной нетрудоспособности; представлять больных на врачебную комиссию, консилиум;направлять пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу; определять показания для госпитализации и её организация; организовывать мониторинг побочных и нежелательных эффектов лекарственных средств; выдавать заключения о необходимости направления пациента по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение; организовывать мероприятия по санитарно-просветительной работе с группами риска по возникновению инфекционных болезней, оформлять медицинской документации установленного образца. | Вопросы №1-62 |
| Уметь - проводить экспертизу временной нетрудоспособности; представлять больных на врачебную комиссию, консилиум; направлять пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу; определять показания для госпитализации и её организация; организовывать мониторинг побочных и нежелательных эффектов лекарственных средств; выдавать заключения о необходимости направления пациента по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение; организовывать мероприятия по санитарно-просветительной работе с группами риска по возникновению инфекционных болезней, оформлять медицинской документации установленного образца: медицинская карта стационарного больного; медицинская карта амбулаторного больного; рецептурные бланки; санаторно-курортной карты; статистические талоны; лист нетрудоспособности; направление на МСЭ; другие. | Ситуационные задачи №1-57 |
| Владеть - методиками проведения экспертизы временной нетрудоспособности; представлять больных на врачебную комиссию, консилиум; направлять пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу; определять показания для госпитализации и её организация; организовывать мониторинг побочных и нежелательных эффектов лекарственных средств; выдавать заключения о необходимости направления пациента по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение; организовывать мероприятия по санитарно-просветительной работе с группами риска по возникновению инфекционных болезней, оформлять медицинской документации установленного образца: медицинская карта стационарного больного; медицинская карта амбулаторного больного; рецептурные бланки; санаторно-курортной карты; статистические талоны; лист нетрудоспособности; направление на МСЭ; другие. | Ситуационные задачи №1-57Практические задания №1-6 |
|  | ПК -11 | Знать - Знать принципы проведения мониторинга и анализа основных медико-статистических показателей инфекционной заболеваемости, инвалидности и смертности. | Вопросы №1-62 |
| Уметь - проводить мониторинг и анализ основных медико-статистических показателей инфекционной заболеваемости, инвалидности и смертности. | Ситуационные задачи №1-57 |
| Владеть - методиками проведения мониторинга и анализа основных медико-статистических показателей инфекционной заболеваемости, инвалидности и смертности. | Ситуационные задачи №1-57Практические задания №1-6 |
|  | ПК -12 | Знать - алгоритм действий при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации. | Вопросы №1-62 |
| Уметь - применить алгоритм действий при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации | Ситуационные задачи №1-57 |
| Владеть - алгоритмом действий при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации | Ситуационные задачи №1-57Практические задания №1-6 |