

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Есауленко Игорь Эдуардович  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 20.02.2024 15:16:07  
Уникальный программный ключ:  
691eebef92031be66ef61648f97525a2e2da8356

**ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России**  
**Факультет подготовки кадров высшей квалификации**  
**Кафедра инфекционных болезней**

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании кафедры инфекционных болезней  
протокол №17 от 9 июня 2022 г.  
Зав. кафедрой, д.м.н., доц.  
Кокорева С. П.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**  
**ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**  
**ПО ДИСЦИПЛИНЕ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ И ПНЕВМОТРОПНЫЕ ИНФЕКЦИИ**  
основной профессиональной образовательной программы  
высшего образования- программы ординатуры  
по специальности 32.08.12 Эпидемиология

**Эксперты:**

Профессор кафедры эпидемиологии ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ д.м.н.  
Габбасова Н. В.  
Заместитель главного врача по медицинской части БУЗ ВО «ОДКБ №2» Агишева Л. А.

**Разработчики:**

Заведующая кафедрой инфекционных болезней, д. м.н., доцент Кокорева С. П.  
Доцент кафедры инфекционных болезней, к.м.н., Разуваев О. А.

**Воронеж 2022**

**1. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ИЗУЧЕНИЯ ПРОГРАММЫ  
ДИСЦИПЛИНЫ ПО ВЫБОРУ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ И  
ПНЕВМОТРОПНЫЕ ИНФЕКЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ОРДИНАТУРЫ  
32.08.12 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

№	Индекс компетенции и её содержание	Дескрипторы		
		знать	уметь	владеть
1.	<b>УК-1</b> готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<ul style="list-style-type: none"> <li>- законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации, по вопросам профессионального образования и вопросам оказания медицинской помощи;</li> <li>- методы сравнительного анализа и критической оценки норм права в области здравоохранения;</li> <li>- общие принципы и закономерности дидактики;</li> <li>- поисковые системы ресурсов интернета;</li> <li>- возможности исследовательских функций в медицине;</li> <li>- инновационные методики в медицине;</li> <li>- средства, методы и формы научной и аналитической работы</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- анализировать и систематизировать нормативно-правовые акты в соответствии со сферами их применения в профессиональной деятельности;</li> <li>- использовать в профессиональной деятельности ресурсе интернета;</li> <li>- оперировать категориальным аппаратом;</li> <li>Организовывать исследование;</li> <li>- анализировать современные медицинские концепции и реализовывать принципы и закономерности в конкретных видах медицинской деятельности;</li> <li>- осуществлять отбор средств, методов и форм организации лечебно-диагностического процесса, адекватных его содержанию</li> <li>- осуществлять отбор методов и форм контроля эффективности лечебно-диагностического процесса адекватных его содержанию;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- приемами использования нормативно-правовых актов в соответствии со сферами их применения в профессиональной деятельности;</li> <li>- приемами работы с ресурсами интернета;</li> <li>- навыками использования категориального аппарата в профессиональной деятельности;</li> <li>- навыками проектирования различных видов лечебно-диагностических мероприятий;</li> <li>- навыками использования методов и форм контроля качества оказания медицинской в том числе, на основе информационных технологий;</li> <li>- навыками отбора и применения методов, приемов и средств воспитания будущих специалистов медицинского и фармацевтического профиля;</li> <li>- навыками реализации в своей педагогической деятельности принципов профессиональной этики;</li> </ul>
2.	<b>ПК-1</b> Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение	<ul style="list-style-type: none"> <li>- принципы социальной гигиены, биосоциальные аспекты здоровья и болезни;</li> <li>основы медицинской этики и деонтологии по формированию</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- применить принципы социальной гигиены, биосоциальные аспекты здоровья и болезни;</li> <li>основы медицинской этики и деонтологии по формированию здорового</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- принципами социальной гигиены, биосоциальными аспектами здоровья и болезни; основами медицинской этики и деонтологии по</li> </ul>

<p>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.</p>	<p>здорового образа жизни; - основы медицинской психологии, необходимые для деятельности врача; роль психических факторов в предупреждении возникновения и развития соматических заболеваний; основы семейной психологии и течения жизненного цикла семьи; - организацию санитарно-просветительной работы и гигиенического воспитания населения; - принципы научно обоснованной профилактики болезней; ведущие аспекты санологии; - раннюю диагностику заболеваний, а так же неотложных состояний для предупреждения возникновения и (или) распространению заболеваний; - методы устранения вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания при развитии различных заболеваний. - содержание и правила оформления медицинской документации врача.</p>	<p>образа жизни; - использовать основы медицинской психологии, необходимые для деятельности врача; оценивать роль психических факторов в предупреждении возникновения и развития соматических заболеваний; - организовать санитарно-просветительную работу и гигиеническое воспитание населения для формирования здорового образа жизни; - применить принципы научно обоснованной профилактики заболеваний; ведущие аспекты санологии; - применить знания условий возникновения и распространения различных заболеваний; - применить знания ранней диагностики заболеваний, а так же неотложных состояний; - применить методы устранения вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания. - применить знания по содержанию и правил оформления медицинской документации врача.</p>	<p>формированию здорового образа жизни; - основами медицинской психологии, необходимых для деятельности врача; - методиками санитарно-просветительной работы и гигиеническим воспитанием населения для формирования здорового образа жизни; - принципами научно обоснованной профилактики; ведущими аспектами санологии; - знаниями ранней диагностики заболеваний, а так же неотложных состояний; - применять методы устранения вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания. - применять знания по содержанию и правил оформления медицинской документации врача.</p>
--	---	--	--

## 2. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ПО ВЫБОРУ «ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ И ПНЕВМОТРОПНЫЕ ИНФЕКЦИИ»

Универсальные компетенции (УК)	
<b>УК-1</b>	<b>Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.</b>
Профессиональные компетенции (ПК)	
<i>профилактическая деятельность:</i>	
<b>ПК-1</b>	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 у детей и подростков, 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

### 3. КОНТРОЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ И ПРИМЕНЯЕМЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ДИСЦИПЛИНЫ ПО ВЫБОРУ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ И ПНЕВМОТРОПНЫЕ ИНФЕКЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 32.08.12 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ 2-ОЙ СЕМЕСТР

#### ДИСЦИПЛИНА ПО ВЫБОРУ – 36 ЧАСОВ

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение практикоориентированных задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тестовые задания	Вопросы для устного собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи (задания открытого типа)
		№ задания			
1.	УК-1	1-10	1-15	1-15	1-30
2.	ПК-1	1-10	1-15	1-15	1-30

### 4. МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ПО ВЫБОРУ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ И ПНЕВМОТРОПНЫЕ ИНФЕКЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ОРДИНАТУРЫ 32.08.12 «ЭПИДЕМИОЛОГИЯ»

#### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Правильный ответ выделен жирным шрифтом

Компетенции: УК-1, ПК-1

#### 1. ПЕРИОДИЧНОСТЬ ЭПИДЕМИЙ ГРИППА ЗАВИСИТ

- 1) от длительности приобретенного иммунитета населения
- 2) от длительности приобретенного группоспецифического иммунитета населения
- 3) от сочетания приобретенного группоспецифического и типоспецифического иммунитета населения
- 4) от длительности приобретенного типоспецифического иммунитета населения
- 5) периодичности эпидемий нет

Компетенции: УК-1, ПК-1

#### 2. АНТИГЕННЫЙ " ДРЕЙФ" ПРИ ГРИППЕ ЭТО

- 1) частичное обновление гемагглютинина и НВс антигена
- 2) полное обновление нейроминидазы и гемагглютинина
- 3) **частичное обновление нейроминидазы или гемагглютинина**

- 4) полное обновление НВс – антигена
- 5) полное обновление нейроминидазы

Компетенции: УК-1, ПК-1

### 3. ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ГРИППЕ

- 1) больные животные
- 2) здоровый носитель
- 3) **больной человек**
- 4) птицы
- 5) насекомые

Компетенции: УК-1, ПК-1

### 4. ПАТОГЕНЕЗ ГРИППА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) **некротический процесс в трахее**
- 2) активация аденилат-циклазной системы
- 3) поражение конъюнктивы
- 4) репликацией вируса во внутренних органах
- 5) поражение печени

Компетенции: УК-1, ПК-1

### 5. ГРУППОВАЯ И ВИДОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ВИРУСОВ ГРИППА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ГЛИКОПРОТЕИНАМ

- 1) НВс антиген
- 2) гемагглютинин н
- 3) **нейраминидаза и гемагглютинин**
- 4) внутренний нуклеопротеид
- 5) липопротеид

Компетенции: УК-1, ПК-1

### 6. КЛИНИКА ГРИППА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) умеренной интоксикацией
- 2) **сильной головной болью**
- 3) субфебрилитетом
- 4) гастроэнтеритом
- 5) ларингитом

Компетенции: УК-1, ПК-1

### 7. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ ПРИ ГРИППЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1) лобная, лобно-височная область
- 2) лобная область, надбровных дугах, глазных яблоках
- 3) лобная, затылочная область, надбровных дугах, глазных яблоках
- 4) область надбровных дуг, глазных яблоках
- 5) **лобная, лобно-височная область, надбровных дугах, глазных яблоках**

Компетенции: УК-1, ПК-1

### 8. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ГРИППЕ

- 1) носовое кровотечение
- 2) ателектазы легких
- 3) **отек мозга**
- 4) геморрагический токсический отек легких
- 5) истинный круп

Компетенции: УК-1, ПК-1

### 9. ОПТИМАЛЬНАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ГРИППОМ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

- 1) ампициллин, аспирин, бромгексин
- 2) бисептол, сухая антигриппозная сыворотка
- 3) цефтриаксон, супрастин, глюконат кальция
- 4) дибазол, аспирин, санорин, витамины
- 5) **озельтамивир, обильное питье, аскорутин, глюконат кальция**

Компетенции: УК-1, ПК-1

### 10. НАЗНАЧЕНИЕ ПРИ НОСОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У БОЛЬНОГО ГРИППОМ

- 1) глюкоза 5% в/в

- 2) эритроцитарная масса в/в
  - 3) **сосудосуживающие средства местно**
  - 4) реомакродекс в/в
  - 5) реополиглюкин в/в
- Компетенции: УК-1, ПК-1

### **ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ**

КОМПЕТЕНЦИИ: УК-1, ПК-1

1. Брюшной тиф. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика  
КОМПЕТЕНЦИИ: УК-1, ПК-1

2. Чума. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.. Профилактика  
КОМПЕТЕНЦИИ: УК-1, ПК-1

3. Сибирская язва Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.. Профилактика  
КОМПЕТЕНЦИИ: УК-1, ПК-1

4. Холера. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.. Профилактика. .  
КОМПЕТЕНЦИИ: УК-1, ПК-1

5. Шигеллезы, сальмонеллез. ПТИ Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.. Профилактика  
КОМПЕТЕНЦИИ: УК-1, ПК-1

6. Вирусные гепатиты А, Е. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.. Профилактика  
КОМПЕТЕНЦИИ: УК-1, ПК-1

7. Вирусные гепатиты В, С, Д. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.. Профилактика  
КОМПЕТЕНЦИИ: УК-1, ПК-1

8. Грипп. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.. Профилактика  
КОМПЕТЕНЦИИ: УК-1, ПК-1

9. ОРВИ. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.. Профилактика  
КОМПЕТЕНЦИИ: УК-1, ПК-1

10. Герпетическая инфекция 1,3 типов Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика  
КОМПЕТЕНЦИИ: УК-1, ПК-1

11. Инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная инфекция. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.. Профилактика.  
КОМПЕТЕНЦИИ: УК-1, ПК-1

12. ВИЧ-инфекция Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.. Профилактика.  
КОМПЕТЕНЦИИ: УК-1, ПК-1

13. Оппортунистические инфекции при ВИЧ-инфекции Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика.  
КОМПЕТЕНЦИИ: УК-1, ПК-1

14. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Определение. Этиология. Эпидемиология

Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика.  
Осложнения. Лечение.Профилактика

КОМПЕТЕНЦИИ: УК-1, ПК-1

15. Сальмонеллез. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика.

### АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

**Компетенции:** УК-1, ПК-1

1. Методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований при брюшном тифе

**Компетенции:** УК-1, ПК-1

2. Методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований при коронавирусной инфекции COVID-19

**Компетенции:** УК-1, ПК-1

3. Методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований при чуме

**Компетенции:** УК-1, ПК-1

4. Методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований при сибирской язве

**Компетенции:** УК-1, ПК-1

5. Методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований при холере

**Компетенции:** УК-1, ПК-1

6. Методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при шигеллезах

**Компетенции:** УК-1, ПК-1

7. Методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при сальмонеллезе

**Компетенции:** УК-1, ПК-1

8. Методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований при герпетических инфекциях 1,3 типов.

**Компетенции:** УК-1, ПК-1

9. Методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при вирусных гепатитах А, Е

**Компетенции:** УК-1, ПК-1

10. Методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при острых и хронических вирусных гепатитах В,С,Д

**Компетенции:** УК-1, ПК-1

11. Методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при гриппе

**Компетенции:** УК-1, ПК-1

12. Методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при ОРВИ

**Компетенции:** УК-1, ПК-1

13. Методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований при ЦМВ-инфекции

**Компетенции:** УК-1, ПК-1

14. Методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при ВИЧ-инфекции

**Компетенции:** УК-1, ПК-1

15. Методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований при инфекционном мононуклеозе

### ЗАДАЧИ (задания открытого типа)

Дайте ответы на вопросы задачи.

### ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 1

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больная С., 47 лет, поступила на 9-ый день болезни с жалобами на общую слабость, головную боль, озноб, плохой сон и аппетит. Заболела постепенно: слабость, адинамия, познабливание, ухудшение аппетита. Температура в первый день болезни - 37,5°C, а затем в течение 6 дней - 37,8-38,0°C. На 7-ой день болезни больная вызвала врача на дом. Был поставлен диагноз "грипп". Медикаментозная терапия антигриппином эффекта не дала. При повторном осмотре врачом на 9-ый день болезни больная была направлена в инфекционную больницу с диагнозом: "грипп, затянувшееся течение".

При осмотре общее состояние средней тяжести, температура 38,4°C, вялая, адинамичная, сознание ясное. Кожные покровы бледные, на груди единичные розеолы. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс-78 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык обложен бледно-серым налетом, сухой, с отпечатками зубов, кончик языка и его края свободны от налета. Живот мягкий, немного вздут, болезненный по ходу кишечника. Печень на 1-2 см выступает из-под реберной дуги, болезненная, край заострен. Селезенка пальпируется в левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Менингеальные симптомы отсутствуют. Стул 2-3 раза в сутки в виде "горохового супа". Мочеиспускание в норме.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.4x10<sup>12</sup>/л, Нв-120г/л, Лц.-12x10<sup>9</sup>/л, Эоз-нет, П-15, С-42, Лм-41, Юнн.-2. Моча: уд.вес-1024, белок-0,033г/л.

### **Вопросы:**

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

### **Эталон ответов:**

1. Брюшной тиф, средняя тяжесть.
2. Выяснить был ли контакт с лихорадящими больными в течение последних трех недель перед заболеванием. Выяснить возможную роль воды и пищевых продуктов в возникновении заболевания.
3. Грипп, сыпной тиф, лихорадка Ку, пневмония, бруцеллез (острая форма), малярия, сепсис.
4. Посев крови на гемокультуру (желчный бульон, среду Раппопорта): копро- урино-розеолокультуры, при необходимости - миелокультура. Иммунофлюоресцентный и иммуноферментный метод выявления специфического антигена в крови, кале, моче. РНГА с эритроцитарным диагностикумом.
5. Строгий постельный режим до 6-7-го дня нормальной температуры, с 7-8 дня разрешается сидеть, с 10-11 дня - ходить. Диета - стол №4-а, №4 (2,5-3тыс. кал). Этиотропные средства: левомицетин - 0,5 4 р. в сутки, или ампицилин - 1,0 4 раза в сутки до 10-12 дня нормальной температуры. Дезинтоксикационная терапия: обильное питье, раствор Рингера - 400,0мл., гемодез - 400,0мл., реополиглюкин - 400,0мл или реомакродекс - 400,0 мл., 5% р-р глюкозы - 500,0 мл. Для повышения неспецифической резистентности организма - витамины, нестероидные анаболики (метацил, оротат кальция). Для стимуляции специфического иммунитета применяют брюшнотифозный антиген - 200-400 мл на 2-ой и 10-ый день нормальной температуры.
6. Ранняя диагностика, своевременная госпитализация в инфекционный стационар. Экстренное извещение в ГЦСЭН.
7. Текущая и заключительная дезинфекция 0,5% раствором хлорамина или хлорной извести. Выявление в очаге больных бактерионосителей. Медицинское наблюдение за контактными в течение 21 дня (ежедневная термометрия, опрос, осмотр). Однократному бактериологическому обследованию подлежат работники пищевых предприятий и лица к ним приравняемые. У ранее переболевших брюшным тифом, а также лиц, страдающих заболеваниями печени и желчевыводящих путей, производится посев дуоденального содержимого и исследование крови на РНГА с эритроцитарным антигеном. Специфическая профилактика в очаге - назначение



бактериофага 20-30 мл натошак в содовом растворе, всем контактным. Санитарно-просветительная работа.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 2

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больной 36 лет, поступил в инфекционную больницу на 8-ой день болезни с жалобами на общую слабость, головную боль, плохой аппетит.

Заболевание началось с недомогания, нарастающей головной боли, постепенного повышения температуры, повторяющихся ознобов. Обратился к врачу на 5-ый день болезни, когда слег в постель. Врач назначил больному амидопирин. Состояние продолжалось ухудшаться - температура 39,5-40°C. При повторном посещении на 7-ой день болезни врач направил больного в инфекционную больницу.

При осмотре: состояние тяжелое, температура 39,8°C, адинамичен, с трудом отвечает на вопросы (заторможен). Лицо бледное. На коже груди и животе единичные розеолезного характера элементы сыпи, бледно-розового цвета. Тоны сердца глухие. Пульс-74 уд/мин., дикротичен. АД-110/60 мм.рт.ст. В легких сухие хрипы. Язык обложен густым коричневым налетом, утолщен, с отпечатками зубов по краям языка. Живот вздут, отмечается урчание в области слепой кишки. Печень, селезенка пальпируются мягким краем. Стул - накануне дома, после очистительной клизмы. На 2-ой день пребывания в стационаре температура у больного 37,1°C, прояснилось сознание, жалуется на резкую слабость, головную боль, головокружение. Кожные покровы и слизистые бледные, подсыпание единичных розеол на коже груди. Пульс-120 уд/мин., дикротичен. АД-100/50 мм.рт.ст. Живот вздут, урчание и болезненность при пальпации в илеоцекальном отделе кишечника, положительный симптом Падалко. Стул задержан.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.-4,5x10<sup>12</sup>/л, Нв-120г/л, Лц.-3,5x10<sup>9</sup>/л, Эоз-0, П-11, С-45, Лм-39, Мон-5, СОЭ-22мм/час. Моча: уд.вес-1020, следы белка.

### **Вопросы:**

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

### **Эталон ответов:**

1. Брюшной тиф, тяжелое течение, осложненное кишечным кровотечением.
2. Выяснить контакт на протяжении 3-х недель от начала заболевания с лихорадочными больными и бактерионосителем брюшнотифозной палочки. Задать вопросы относительно употребления в пищу молочных продуктов, мороженого, заливных блюд, кремов, овощей. Выяснить роль воды и пищевых продуктов в возникновении заболевания.
3. Грипп, ОРВИ, сыпной тиф, лихорадка Ку, туберкулез, лимфогранулематоз.
4. Посев крови на гемокультуру (в желчный бульон или среду Раппопорта), кала и мочи, соскоба из розеол, Можно сделать посев из костного мозга, полученного путем пункции или трепанобиопсии. РНГА с сальмонеллезным диагностикумом - парные сыворотки.
5. Лечение:

Строгий постельный режим в положении на спине в течение 12-24 часов, подвесить холод на живот, голод на 12 час, объем выпиваемой жидкости сокращается до 500 мл.

Этиотропная терапия: Левомецетин - 0,5 4 раза в день, или ампицилин по 4-6 гр. в сутки до 12 дня нормальной температуры, ципрофлоксацин по 500мг 2 раза в сутки. Патогенетическая терапия: Переливание плазмы и других препаратов крови, по необходимости - гемотрансфузии; гемодез - 400,0 мл., полиглюкин - 500,0 мл., реополиглюкин - 400,0 мл., солевые растворы, викасол, кальция хлорид 10% - 10,0 в/в. Ангиопротекторы: рутин, аскорбиновая кислота, ингибиторы фибринолиза (аминокапроновая кислота 5% - 200,0), ингибиторы протеаз: трасилол, контрикал.

6. Своевременная госпитализация. Экстренное извещение в ГЦСЭН.

7. Текущая и заключительная дезинфекция 0,5% раствором хлорамина или хлорной извести. Выявление в очаге больных бактерионосителей. Медицинское наблюдение за контактными в течение 21 дня (ежедневная термометрия, опрос, осмотр). Однократному бактериологическому обследованию подлежат работники пищевых предприятий и лица к ним приравняемые. У ранее переболевших брюшным тифом, а также у лиц, страдающих заболеваниями печени и желчевыводящих путей, проводится посев дуоденального содержимого и исследование крови на РНГА с эритроцитарным антигеном. Специфическая профилактика в очаге - назначение бактериофага - 20-30 мл натощак в содовом растворе - всем. Санитарно-просветительная работа. Переболевшие стоят на учете в течение 2-х лет.

### ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 3

#### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больной В., 42 года, водитель дальних перевозок. Последние 2 месяца неоднократно выезжал в Волгоградскую и Астраханскую области. Вызвал врача на дом. Жалобы на сильную головную боль, слабость, головокружение, мышечные боли, ознобы, чувство жара, однократную рвоту. Заболел остро на 5-ый день после возвращения из командировки. Болеет 3-ий день. С первого дня появился озноб, температура тела повысилась до 40°C, беспокоила сильная головная боль, однократная рвота. На 2-3-ий день самочувствие оставалось плохим, неоднократно повторялись ознобы, температура держалась на высоких цифрах. Самостоятельно принимал жаропонижающие препараты без успеха.

При осмотре состояние очень тяжелое. Больной беспокоен, речь невнятна. Температура тела 40,2°C. Число дыхательных движений - 36, однако в легких изменений не обнаружено. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс-100 уд/мин., слабого наполнения и напряжения. АД-90/60 мм.рт.ст. Живот вздут, мягкий, болезненный без четкой локализации. Печень увеличена до 3 см. эластичная, чувствительна. Пальпируется мягкий полус селезенки. Стула не было. Диурез снижен. Ригидность затылочных мышц 1 см. Остальные менингеальные симптомы отрицательные. На коже правой голени резко болезненная язва размером 3-3,5 см., покрытая темным струпом, с красно-багровым воспалительным валом вокруг. Из-под струпа проступают скудные гнойно-серозные выделения. В правой паховой области пальпируется плотное малоподвижное опухолевидное образование, резко болезненное при пальпации. Кожа над ним гиперемирована, напряжена.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.- $4 \times 10^{12}$ /л, Нв-110г/л, Лц.- $12 \times 10^9$ /л, Эоз-4, Юнн-16, П-24, С-52, Мон-4, Лм.-0, СОЭ-24 мм/час. Моча: следы белка, единичные лейкоциты, свежие эритроциты.

#### **Вопросы:**

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

#### **Эталон ответов:**

1. Чума. Кожно-бубонная форма, тяжелое течение, разгар болезни.
2. Наличие контакта с живыми или мертвыми грызунами, верблюдами во время поездки в Астрахань, укусы блох в это же время.
3. Сибирская язва, острый гнойный лимфаденит, лимфогранулематоз, туляремия, лимфоретикулез, рожа.
4. Бактериоскопическое и бактериологическое обследование пунктата из бубона, содержимое отделяемого карбункула, кровь, моча, рвотные массы. Обследование проводится в специализированных лабораториях. Рентгенограмма грудной клетки, люмбальная пункция.
5. Этиотропная терапия: стрептомицин - 1,0 3 раза в/м. Патогенетическая терапия: Гемодез - 400,0 в/в, реополиглюкин - 400,0 в/в, преднизолон - 90 мг в /м, глюкозо-электролитные смеси - 400,0 в/в, лазикс - 4,0 в/в, коргликон - 0,05% - 1,0 в/в, сульфокамфокаин - 2,0 в/в, димедрол - 2,0 в/м, викасол 1% - 2,0 в/м, витамины групп В и С. Местно по струпу и бубону - повязку со стрептомициновой мазью.

6. Госпитализация больного. Срочное извещение по телефону ГЦСЭН, администрации поликлиники о случае выявления особоопасного больного.

7. Изоляция окружающих от больного. Сообщение в поликлинику о случае чумы. Запреты на пользование канализацией, водопроводом, вынос вещей из квартиры. Составление списка контактных, оказание текущей медицинской помощи. Изоляция больного в противочумный госпиталь. Все контактные изолируются в госпиталь на 6 дней и получают лечение стрептомицином по 0,5 2 раза в день. Обслуживание больных и контактных - в специальных защитных костюмах. Вакцинация обслуживающего персонала живой вакциной. Заключительная дезинфекция - 3% раствором хлорамина. Санитарно-просветительная работа среди населения.

#### ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 4

##### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больной К., 35 лет, заболел остро: появились сильный озноб, ломота в теле, головная боль, температура повысилась до 39,8°C, одновременно возникли сухой кашель и довольно сильная боль в левой половине грудной клетки, связанная с дыханием. Самостоятельно принимал аспирин, анальгин, но температура снижалась незначительно, самочувствие ухудшалось, стала нарастать одышка, однократно была рвота, и больной вызвал скорую помощь.

При осмотре: состояние тяжелое, температура 40,2°C, больной вял, с трудом разговаривает (мешает одышка). Лицо гиперемировано, склерит, конъюнктивит, герпетические высыпания на губах, акроцианоз. Дыхание поверхностное, 40 в мин. В легких слева укорочение перкуторного звука ниже уровня IV ребра, там же дыхание резко ослаблено, в нижних отделах дыхание не выслушивается, на уровне V–VI ребер шум трения плевры. Над правым легким дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 128 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Моча немного темнее обычного. Язык сухой, негусто обложен белым налетом, энантемы на слизистой оболочке полости рта нет. Менингеальных симптомов нет. Накануне заболевания вернулся из командировки во Вьетнам.

##### **Вопросы:**

1. Можно ли заподозрить чуму, если да, то на основании каких признаков?
2. Какой диагноз наиболее вероятен?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Тактика врача при выявлении больного с подозрением на чуму. Меры личной профилактики.

##### **Эталон ответов:**

1. На основании острейшего, бурного начала болезни, высокой лихорадки, тяжелой интоксикации, боли в грудной клетке, кашля, резкой одышки, гиперемии лица, склерита, конъюнктивита, глухости сердечных тонов, тахикардии, гипотонии, а также данных эпиданамнеза (выезд в эндемичный район) можно заподозрить первично-легочную форму чумы.

2. Учитывая сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки, связанные с дыханием, укорочение перкуторного звука и резкое ослабление дыхания над большим участком одного легкого, шум трения плевры, а также герпетические высыпания, наиболее вероятна крупозная пневмония.

3. Дифференциальная диагностика крупозная пневмония, сибирская язва, легионеллез.

4. Врач должен при выявлении больного с подозрением на легочную чуму выполнить ряд противоэпидемических мероприятий. Немедленно принять меры по изоляции больного. Закрыть в кабинете (палате) дверь, окна и отверстия вентиляционных ходов. Не выходя из кабинета, по телефону сообщить главному врачу информацию о выявленном больном с указанием тяжести заболевания. Принять меры по защите органов дыхания подручными средствами (полотенце, марля), при получении упаковок провести обработку открытых частей лица, рук, слизистых оболочек и после этого использовать микроукладку со средствами индивидуальной защиты.

По указанию главного врача обеспечить осмотр больного консультантом и подтвердить или отменить диагноз участкового врача (ординатора), уточнить эпиданамнез.

При подтверждении диагноза «чума» больного госпитализируют в инфекционный

стационар санитарным транспортом. Сопровождение больного родственниками запрещается. Составляют списки контактных лиц. Персонал, выявивший больного, также госпитализируется в инфекционный стационар.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 5

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больной Д. 25 лет обратился к врачу на пятый день болезни с жалобами на повышение температуры, головную боль, боль в мышцах. Заболел остро: появились озноб, головная боль, боль в мышцах, слабость, температура повысилась до 38,5°C. В последующие дни температура оставалась высокой, больной почти не спал. На второй день болезни заметил плотное болезненное образование в левой подмышечной области.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,5°C. Лицо гиперемировано, одутловато, склеры и конъюнктивы инъекцированы. В левой подмышечной впадине пальпируется плотный умеренно болезненный лимфоузел размерами 3×4 см с четкими контурами, кожа над ним не изменена. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Печень выступает на 2 см из-под края 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.

### **Вопросы**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Можно ли думать о чуме, если да, то на основании каких признаков? Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования и лечения.

### **Эталон ответов**

1. Сибирская язва (кожная форма) на основании появления изменений на коже на фоне нормального самочувствия, присоединения вскоре умеренной лихорадки и симптомов интоксикации, кожного зуда на месте первичного аффекта, быстрой трансформации пятна в язву, отсутствия болезненности в области очага. Большое значение имеет эпиданамнез (профессия больного).
2. Дифференциальная диагностика лимфаденит, рожа, дерматит.
3. Дальнейшее уточнение диагноза и лечение проводят в инфекционном стационаре.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 6

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больной К., 48 лет, скотник, поступил в клинику с жалобами на общую слабость, озноб, головную боль, отек, красноту левой голени.

Десять дней тому назад на скотном дворе получил ссадину левой голени, на месте которой появилось сначала красное пятно, затем зудящий пузырек с кровянистым содержимым. Через сутки присоединился отек и покраснение кожи голени. При расчесывании кожи пузырек вскрылся, и на его месте образовалась язвочка с приподнятыми краями. Больной отмечал общую слабость, ознобы, головную боль, температура 38,2-39,6°C.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура 39,2°C. Левая голень резко отечна, отек распространился на стопу, бедро, пальпация его безболезненна. Симптом Стефанского положителен. Кожа пораженной конечности гиперемирована. В нижней трети левой голени на медиальной поверхности имеется безболезненное возвышающееся над кожей образование с черной, запавшей в центре коркой, вокруг которого имеется воспалительный валик красного цвета, на котором расположены мелкие пузырьки, наполненные геморрагическим содержимым. Пальпируются подкожные, бедренные, паховые лимфоузлы, малоболезненные. Тоны сердца приглушены. Пульс-120 уд/мин., ритмичный. Дыхание везикулярное. АД-140/80 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.-3,8×10<sup>12</sup>/л, Нв-130г/л, Лц.-8,7×10<sup>9</sup>/л, Эоз-2, П-8, С-56, Лм-33, Мон-1, СОЭ-20 мм/час. Моча: уд. вес-1015, белок-следы, Лц.-1-3 в п/зрения.

### **Вопросы:**

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

**Эталон ответов:**

1. Сибирская язва, кожная форма, средней тяжести.
2. Здоровы ли домашние сельскохозяйственные животные (коровы, свиньи и т.д.)?
3. Карбункул или фурункул стафилококковой этиологии, кожная форма чумы.
4. Бактериологическое и бактериоскопическое исследование содержимого карбункула. Кожная аллергическая проба с антраксином. Иммунофлюоресцентный метод. Заражение лабораторных животных.
5. Этиотропная терапия: Пенициллин - по 1 млн. 6 р. в/м. Противосибирезвенный иммуноглобулин - 40 мл в/м 2 дня. Патогенетическая терапия: глюкоза 5% - 400,0мл, гемодез - 400,0 мл, ацесоль - 400,0 мл, переливание нативной плазмы.
6. Госпитализация. Экстренное извещение в ГЦСЭН, информация эпидемиолога по телефону о заболевании.
7. Выявление больных животных и их изоляция. Сжигание трупов животных. Обеззараживание инфицированных объектов (стойла, кормушки и т.д.). Наблюдение за контактными с заразным материалом или больными животными в течение 2-х недель. Вакцинация людей и животных в эпидочаге сухой живой противосибирезвенной вакциной.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 7

**Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больная П., 36 лет, заболела остро. Среди ночи появился жидкий стул, водянистый, затем повторная рвота. Нарастала слабость, головокружение. Был поставлен диагноз "пищевая токсикоинфекция". Больной промыт желудок, внутривенно введено 500 мл. 5% глюкозы. Состояние продолжало ухудшаться, участилась рвота. Рвота фонтаном, без предшествующей тошноты, появились судороги конечностей. Голос сиплый, акроцианоз, черты лица заострены, тургор кожи снижен, температура - 35,5<sup>0</sup>С, пульс нитевидный. АЛ - 45/0. Язык сухой, склеры - сухие. Больная не мочится, стул водянистый в виде рисового отвара, без счета. Больная в сознании.

**Вопросы:**

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

**Эталон ответов:**

1. Ходера, алгид.
2. Где находилась последние 5 дней. Были ли контакты с людьми, у которых была дисфункция кишечника. Из какого источника пила воду. Соблюдает ли правила личной гигиены, моет ли руки перед едой.
3. Сальмонеллез, пищевая токсикоинфекция.
4. Посев каловых и рвотных масс на 2% пептонную воду.
5. Объем инфузии при дегидратации IV степени. Введение солевых растворов "Квартосоль", "Хлосоль", "Трисоль", в подогретом виде (до 38<sup>0</sup>), первые 2-4 литра - струйно (70-120 мл/мин.), затем переходить на капельное введение этих же растворов (40-60 мл/мин.) суммарно до 7 литров, с последующей коррекцией потерь. С появлением мочи у больного - оральная регидратация (регидрон, глюколан). Этиотропная терапия - тетрациклин 0,3 4 раза в день (или доксициклин в общепринятой дозировке) в течение 3-4 дней.

6. Направление в инфекционную больницу, извещение в ГЦСЭН сообщение по телефону ГЦСЭН и администрации лечебного учреждения.

7. Обсервация в течение 5 дней контактных, химиопрофилактика тетрациклином (доксициклином) 5 дней. Дезинфекция текущая и заключительная в очаге, наблюдение за контактными.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 8

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больная Ж., 36 лет, заболела остро. Среди ночи появился жидкий водянистый стул, позже присоединились повторная рвота, слабость, головокружение. Обратилась в участковую больницу Раменского района, где был поставлен диагноз «острое пищевое отравление». Сделано промывание желудка, введены подкожно кордиамин 2 мл и внутривенно 500 мл 5% раствора глюкозы с витамином С. Состояние больной продолжало ухудшаться: рвота участилась до 20 раз, жидкий водянистый стул без счета, беспокоила резкая слабость и жажда. Появились судороги жевательных мышц, мышц кистей и стоп. Через 12 часов от начала заболевания больная в крайне тяжелом состоянии переведена в центральную районную больницу. Объективно: температура 35,0°C, кожа дряблая, сухая, кисти рук морщинистые. Диффузный цианоз. Черты лица заострены, щеки ввалились, синюшные круги под глазами. Склеры тусклые, инъецированы. Частые генерализованные судороги. Афония. Пульс нитевидный, частый. Тоны сердца едва слышны, сердечные сокращения аритмичны. АД – 40/0 мм рт.ст. Дыхание поверхностное, с частотой 44 в мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Стул непроизвольный, обильный, водянистый, с примесью белых хлопьев. Печень и селезенка не увеличены. Не мочится. Сознание сохранено. Резкая адинамия. Менингеальных явлений нет.

Эпидемиологический анамнез: приехала из Астраханской области 2 дня тому назад.

### **Вопросы**

1. Поставьте диагноз.
2. Определите степень обезвоживания.
3. Тактика лечения.
4. Дайте оценку работе, проведенной врачом участковой больницы.

### **Эталон ответов**

1. Внезапное появление в ночное время жидкого, водянистого стула, последующее присоединение рвоты без предшествующей тошноты, отсутствие лихорадки и других симптомов интоксикации, самостоятельных болей в животе и болезненности при пальпации живота, внешний вид испражнений, напоминающих рисовый отвар, быстрое нарастание симптомов обезвоживания, а также пребывание в регионе, неблагоприятном по холере, дают основание предположить холеру.

2. Многократная рвота, непроизвольный стул без счета, резко выраженная жажда, сухость слизистых оболочек и кожи, гипотермия, диффузный цианоз, «руки прачки», заострившиеся черты лица, афония, генерализованные судороги, снижение тургора кожи, нитевидный частый пульс, падение артериального давления, одышка, анурия позволяют диагностировать обезвоживание IV степени.

3. Взвесить больную на кровати-весах или установить примерный вес на основании опроса больной. Уложить больную на «холерную кровать». Немедленно произвести венепункцию или венесекцию и после забора пробы крови (1–3 мл) через одноразовую систему начать струйное введение раствора «Трисоль», подогретого до 30–40°C. Возместить имеющиеся потери надо за 1,5–2 часа. В первый час лечения рекомендуется ввести 4,5 л (75 мл/мин), в последующие часы скорость замедляется до 60 мл/мин. Объем вводимой жидкости на 1 этапе лечения должен составить 10% от массы тела. После окончания первичной регидратации дальнейшее введение раствора производится из расчета потерь жидкости с испражнениями и рвотой каждые 4–6 часов (при расчете 1,5–2 л в сутки добавляется на потоотделение и дыхание). Скорость введения на 2 этапе 40–60 мл/мин. При отсутствии рвоты можно вводить жидкость перорально. Тетрациклин по общей схеме.

4. Ведение больной неудовлетворительное: не поставлен диагноз, не установлены тяжесть течения и степень обезвоживания, не назначена адекватная регидратационная терапия.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 9

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больная К., 32 лет, продавец гастрономического отдела магазина, заболела остро вечером. Почувствовала слабость, недомогание, умеренную головную боль, познабливание. Температуру тела не измеряла. Одновременно с указанными симптомами появились схваткообразная боль внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. Приняла таблетку бисептола. К утру следующего дня боль в животе усилилась и локализовалась преимущественно слева. Стул за ночь около 15 раз. В испражнениях заметила слизь и кровь. Появились частые болезненные и неэффективные позывы на дефекацию. Температура тела 39,4°C. Вызван врач поликлиники.

Объективно: больная вялая. Тургор кожи не снижен. Со стороны органов дыхания патологии нет. Пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД – 115/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка уплотнена и болезненна. Осмотрены испражнения, которые имели вид небольшой лужицы слизи с прожилками крови. Эпиданамнез: живет в отдельной квартире. Больных среди окружающих нет.

### **Вопросы**

1. Поставьте диагноз, дайте обоснование.
2. Решите вопрос о необходимости госпитализации. Назовите требующуюся документацию.
3. Назначьте обследование.
4. Наметьте план лечения.

### **Эталон ответов**

1. На основании признаков интоксикации (озноб, повышение температуры тела, слабость, недомогание, головная боль) и колита (схваткообразная боль внизу живота, частый жидкий необильный стул со слизью и прожилками крови, ложные позывы на дефекацию, спазмы и болезненность сигмовидной кишки) можно думать о колитическом варианте острого шигеллеза средней тяжести.
2. Больная подлежит госпитализации по клиническим и эпидемиологическим показаниям. Врач заполняет амбулаторную карту, экстренное извещение (Ф-58), выписку из амбулаторной карты и талон на госпитализацию. Обязательна регистрация больного в журнале по учету инфекционной заболеваемости в поликлинике.
3. Бактериологическое исследование – посев кала. Общий анализ крови.
4. Ограничение физической нагрузки. Диета. Фторхинолоны – ципрофлоксацин по 500 мг через 12 часов до наступления нормализации стула. Дезинтоксикационная терапия. Вяжущие, десенсибилизирующие, репаративные препараты, спазмолитики.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 10

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больная Т., 28 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на умеренную головную боль, схваткообразные боли внизу живота, особенно слева, жидкий стул со слизью и прожилками крови.

Больна сутки. Начало болезни острое, озноб, температура 38,3°C, сильные схваткообразные боли внизу живота, особенно слева, стул скудный со слизью и кровью (8-10 раз в сутки).

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. Температура - 37,5°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. АД-100/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, особенно слева. Пальпируется болезненная спазмированная сигма. Печень селезенка не пальпируются. Стул жидкий, скудный с примесью слизи и прожилками крови.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.-4,5x10<sup>12</sup>/л, Нв -120г/л, Лц.-7,6x10<sup>9</sup>/л, Лм.-29, Мон-5, П-21, Эоз-0, С-45, СОЭ-20мм /час. Моча: уд. вес-1020 , Лц - ед. в п/зр.

### **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз.

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

**Эталон ответов:**

1. Дизентерия, острая, колитический вариант, легкое течение.
2. Меню за 2 дня до начала заболевания. Где и сколько хранились пищевые продукты. Есть ли заболевшие среди лиц, употреблявших в пищу те же продукты, что и заболевшая.
3. Сальмонеллез, гастроколитический вариант, эшерихиоз, амебиаз, балантидиаз, иерсиниоз.
4. Посев испражнений на питательные среды для обнаружения шигелл, сальмонелл, УПФ. Кровь на РНГА с дизентерийным диагностикумом, копроцистоскопия, ректороманоскопия.
5. Этиотропная терапия: фуразолидон - 0,1 4р. в день, 5 дней. Диета.
6. Изоляция больного дома. Назначение ему комплексного обследования и адекватной терапии. Информация врача КИЗа о заболевании. Отправка экстренного извещения в ГЦСЭН.
7. Дезинфекция в очаге (текущая и заключительная), наблюдение за контактными в течение 7 дней (опрос, бактериологическое исследование испражнений).

### ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 11

**Компетенции: УК-1, ПК-1**

В инфекционную клинику поступила больная М., 35 лет, воспитатель детского сада с жалобами на многократную рвоту, сильную тошноту, умеренные боли в эпигастрии и околопупочной области, частый, жидкий, обильный стул.

Заболевание началось остро, 8 часов назад. Появился озноб, головная боль, сильная тошнота, многократная рвота пищей, затем желчью, отмечались схваткообразные боли в верхней половине живота, жидкий, обильный стул с примесью слизи до 10 раз, повысилась температура до 38,5°C.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 39°C. Сознание сохранено. В легких хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-100 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-100/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Сигма не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены. Стул жидкий, зеленоватого цвета, обильный, с примесью слизи. Диурез снижен. Менингеальных явлений нет.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.-4x10<sup>12</sup>/л, Нв-140 г/л, Лц.-10x10<sup>9</sup>/л, Эоз-0, Юнн-2, П-16, С-70, Лм-10, Мон-3, СОЭ-12мм/час. Моча - следы белка, единичные лейкоциты и эритроциты. Индекс гематокрита 50%.

**Вопросы:**

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

**Эталон ответов:**

1. Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, обезвоживание 1-2-ой степени.
2. Меню за последние 2-ое суток до заболевания. Есть ли заболевание среди лиц, употреблявших те же пищевые продукты. Сведения о заболеваемости в детсаду.
3. ПТИ, дизентерия, холера, ботулизм.
4. Посев кала, мочи, крови, рвотных масс или промывных вод на патогенную и условно-патогенную кишечную флору. Кровь на РНГА с дизентерийным и сальмонеллезным диагностикумом.
5. Промывание желудка 2% раствором соды до отхождения чистых промывных вод. Патогенетическая терапия: в/венное введение полиионных растворов, предварительно



подогретых до 38-40°C. ("Квартасоль", "Трисоль", "Ацесоль", "Хлосоль", "Лактосоль"), в количестве 1000-1500 мл. После прекращения рвоты перейти на пероральную регидратацию (хлорид калия - 1,5г., бикарбонат натрия - 2,5г., глюкоза - 20г. на 1 л. кипяченой воды). С целью дезинтоксикации можно ввести коллоидные растворы: гемодез - 400,0 мл., реополиглюкин - 200 мл. или энтеродез по 100 мл. 3 раза в сутки, внутрь, 5% раствор глюкозы. Индометацин по 1г 3 раза в день 5 дней.

6. Промывание желудка 2% раствором соды. Госпитализация, посылка экстренного извещения в ГЦСЭН.

7. Выявление в очаге больных и бактерионосителей. Дезинфекция. Санпросветработа. В квартире проводится заключительная дезинфекция. Наблюдение за контактными осуществляется в течение 7 дней: ежедневный опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрия. Однократному бактериологическому обследованию подлежат работники пищевых предприятий и лица к ним приравненные, дети, посещающие организованные коллективы.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 12

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

К больному В., 55 лет, коммерсанту, вызвана скорая помощь. Заболел остро в 5 часов утра, когда появились частая рвота, жидкий обильный стул более 20 раз, схваткообразные боли в животе, слабость, озноб, температура 39,0°C. К приезду бригады скорой помощи у больного появились судороги в мышцах ног, терял сознание. Стул при осмотре жидкий, зловонный, зеленого цвета. Связывает заболевание с употреблением омлета в буфете.

Состояние тяжелое, акроцианоз, тургор кожи снижен. В легких везикулярное дыхание, ЧД – 28 в мин. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс слабого наполнения, едва прощупывается, частый. АД не определяется. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, вздут, урчит при пальпации во всех отделах, явлений раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон. Не мочился. Менингеальных симптомов нет. После начала интенсивной регидратационной терапии в машине скорой помощи состояние несколько улучшилось. Доставлен в инфекционную больницу, где продолжалось лечение и проведены лабораторные исследования. При бактериологическом исследовании испражнений выделена сальмонелла (*S. enteritidis* группы Д).

### **Вопросы**

1. Поставьте диагноз. Дайте клиническую характеристику обезвоживания, оцените степень обезвоживания.
2. Оцените показатели КОС и электролитного обмена.
3. Наметьте план лечения (вес больного 80 кг).

### **Эталон ответов**

1. Острое начало заболевания, повышение температуры тела до 39,0°C, озноб, многократная рвота, частый, жидкий, обильный стул с примесью зеленой слизи и хлопьев, слабость, акроцианоз, снижение тургора кожи, схваткообразная боль в животе, тахикардия, снижение АД, сухость языка, осиплость голоса, небольшая болезненность живота при пальпации, отсутствие мочи, судороги икроножных мышц, возникновение заболевания после употребления в пищу сырых яиц, последующее обнаружение *S. enteritidis* группы Д при посеве испражнений позволяют поставить диагноз: «сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, тяжелое течение, обезвоживание III–IV степени».

2. У больного сгущение крови, дыхательный алкалоз, метаболический ацидоз, снижение уровня калия и натрия в плазме крови.

3. Внутривенная регидратация – раствор «Квартасоль» – 8 литров (10% потери массы тела при весе 80 кг). Жидкость вводится в 2 этапа: I – регидратация 1–1,5 часа (120 мл/мин), II – коррекция продолжающихся потерь внутривенным вливанием.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 13

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больная Д., 50 лет, санитарка терапевтического отделения, почувствовала недомогание –

закружилась и заболела голова, появились слабость, тошнота, затем рвота и многократный жидкий водянистый стул. Выяснилось, что утром она позавтракала бутербродами с колбасой, пролежавшей за окном 3 дня. В отделении Д. сделали промывание желудка, после чего больной стало легче. Однако жидкий стул продолжался, появились кратковременные судороги икроножных мышц, повысилась температура до 38,5°C. Состояние средней тяжести, больная бледная, цианоз губ, пульс 102 ударов в мин., слабого наполнения, АД 90/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, сухой, жажда. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области и в области пупка, урчание. Симптомов раздражения брюшины нет. Количество мочи скудное, поколачивание по пояснице безболезненно. Менингеальных симптомов нет. Был обильный стул зеленого цвета, судороги мышц стали чаще и продолжительнее.

### **Вопросы**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дайте оценку тяжести состояния.
3. Какие клинические данные свидетельствуют об обезвоживании?
4. Проанализируйте действия врача и дайте им оценку. Назначьте лечение.

### **Эталон ответов**

1. Острое начало болезни, головная боль, головокружение, слабость, тошнота, рвота, многократный обильный, водянистый, зловонный, зеленоватый стул, небольшая боль в животе, связь заболевания с употреблением в пищу несвежей колбасы, бледность, судороги, тахикардия, гипотония позволяют думать о пищевой токсикоинфекции.
2. Состояние тяжелое. У больной выражены интоксикация (температура, головная боль), гастроэнтерит (рвота, жидкий обильный стул), обезвоживание.
3. Признаки обезвоживания: бледность, цианоз, сухость во рту, жажда, гипотония, тахикардия, отсутствие мочи, продолжение диареи.
4. Лечебную помощь больной следует считать неудовлетворительной. В начале заболевания, после промывания желудка, не была начата регидратация, которая могла ограничиться оральным приемом солевого раствора, из расчета, что при обезвоживании II степени и массе тела 70 кг потеря жидкости составила 3,5 л, которые следовало возместить в течение 2–3 часов. Отсутствие своевременного лечения, продолжающиеся потери жидкости усугубили обезвоживание (олигурия, судороги) требуют экстренного проведения внутривенной регидратации, адекватной III степени обезвоживания.

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 14**

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Пациент Ф., 34 лет, вызвал врача на дом с жалобами на выраженную общую слабость, затруднение вдоха и выдоха, редкий сухой кашель, чувство заложенности за грудиной, в течение трех дней отмечается температура 38,0-38,4 °С, полная потеря обоняние, появилось першение в горле, а также заметил, что не ощущает вкуса пищи. Со слов больного, общее состояние на протяжении трех дней заболевания стабильное.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Вялый, неактивный, сознание ясное. Температура тела 38,4°C. Очаговой неврологической симптоматики и менингеальных знаков нет. Кожа горячая, видимые слизистые оболочки естественного цвета, сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, эластичные, безболезненные. Зев вяло гиперемирован по задней стенке, миндалины не увеличены, налетов нет. Носовое дыхание свободное, anosmia. АД 110/60 мм.рт.ст., пульс 92 уд/мин, тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧДД 22/мин, одышка при минимальной физической нагрузке, при аускультации легких дыхание ослаблено, над некоторыми участками легких выслушиваются влажные хрипы. Сатурация кислорода 94%. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены, эластичные. Со слов пациентки, стул регулярный, кал оформлен, диурез адекватен выпиваемой жидкости. Периферических отеков нет. На КТ легких выявлены многочисленные двухсторонние субплевральные уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла», объем уплотнения легочной ткани обоих легких составляет 25%».

### **Вопросы**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Какие сведения необходимо выяснить при сборе эпиданамнеза?
3. Проведите дифференциальную диагностику между основным и альтернативными заболеваниями.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения с указанием препаратов
6. Противоэпидемические мероприятия в очаге

#### **Эталон ответов**

- 1) Новая коронавирусная инфекция. Среднетяжелое течение. Двухсторонняя пневмония. КТ 1-2. ДН 1.
- 2) Выезд за границу в течение 14 дней назад. Контакт с больными коронавирусной инфекцией. Соблюдение мер профилактики (ношение масок, обработка рук). Профессиональный анамнез.
- 3) Грипп: острое начало, быстрый подъем температуры с 1го дня заболевания. Выраженная интоксикация.

Аденовирусная инфекция: слабый подъем температуры, синдром лимфоаденопатии, катаральный синдром более выражен

Парагрипп: наличие упорного сухого "лающего" кашля

Туберкулез: длительное течение, скудные клинические проявления

4) ОАК, ОАМ, БХ (О.белок, ЦРБ, АСТ, АЛТ, билирубин, ЩФ, ГГТП, Креатинин, мочевины). Прокальцитонин. Коагулограмма. ЭКГ. КТ ОГК. Пульсоксиметрия. ПРЦ Covid 19 (мазок из носоглотки)

5) Госпитализация в инфекционный стационар.

Этиотропное лечение : Фавипиравир табл. 1600 мг 2р-сут, со 2го дня по 600мг 2 р-сут.

Азитромицин 250мг 1т 1р/сут 5 дней. Гриппферон раствор интраназально

Патогенетическая терапия : Дексаметазон р-р в/в 20мг 2 р/сут 5 дней, апиксабан 2.5 мг 2р/сут внутрь. Парацетамол табл. 500мг по 1 т 2р/сут

6) Забор мазков на ковид 19 у контактных на 10 день, Дезинфекция помещения. Контактным термометрия, медикаментозная профилактика Арбидол 200мг 2 р/сут. Гриппферон интраназально

### **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 15**

#### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больной К., 20 лет, поступил в клинику с жалобами на общую слабость, снижение работоспособности, плохой аппетит.

Заболел 1,5 недели назад, находясь в стройотряде. С диагнозом "ОРВИ" был отправлен домой. Температура в пределах 38-38,5°C держалась в течение одной недели. Беспокоила головная боль, плохой сон, снижение аппетита. На 5-ый день заболевания появилась рвота после приема пищи и тяжесть в правом подреберье. В тот же день больной отметил темную мочу, а затем бесцветный кал. Вызванный на дом врач отметил иктеричность кожи и склер и направил в инфекционную больницу.

При осмотре состояние средней тяжести, температура 37,8°C. Выраженная желтушность кожи и склер, слизистых. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушенные. Пульс-70 уд/мин. АД-110/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см., гладкая, эластичная. Селезенка пальпируется, край мягкий. Моча - цвета "пива", кал - ахоличный.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.- $5 \times 10^{12}$ /л, Нв-140г/л, Лц.- $3,6 \times 10^9$ /л, Эоз-2, П-8, С-42, Лм-48, СОЭ-10 мм/час. Моча: реакция на желчные пигменты и уробилин положительная. Кал светлый, реакция на стеркобилин отрицательная. В крови - anti HAV IgM (+).

#### **Вопросы:**

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

7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

**Эталон ответов:**

1. Вирусный гепатит А, острая желтушная форма.

2. Вид деятельности в стройотряде? Не было ли контакта с инфекционными больными, больными ОРЗ, вирусным гепатитом и др. в течение последних 1,5 месяцев?

3. В продромальном периоде: грипп, ОРВИ, энтеровирусная инфекция. В желтушном периоде: желтушная форма псевдотуберкулеза, лептоспироза, желтух гемолитического, обтурационного и токсического генеза.

4. Общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови в динамике, УЗИ брюшной полости, кровь на маркеры гепатитов "В", "С", "Д".

5. Базис-терапия: щадящий режим (в первые 7-10 дней, желателен постельный режим, в последующем - полупостельный), рациональная диета (стол №5 по Певзнеру) потребность в витаминах должна обеспечиваться за счет натуральных пищевых продуктов, обильное питье - до 2-3 л в сутки в виде щелочных минеральных вод, компотов, соков, чая. Если из-за тошноты больной не может много пить, при интоксикации необходимо в/в введение дезинтоксикационных средств (5% раствор глюкозы - по 500 мл с добавлением 10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, кристаллоидов, пероральная регидрация солевыми растворами с учетом диуреза).

6. Госпитализация в инфекционное отделение, экстренное извещение в ГЦСЭН.

7. Обследование контактных: кровь на АлАт и anti HAV IgM. Заключительная дезинфекция в очаге - с применением 3% раствора хлорсодержащих средств, вещи больного подвергают камерной дезинфекции. Наблюдение за контактными лицами - в течение 35 дней. При подозрении на ВГА - лабораторное обследование, иммунопрофилактика гепатита А донорским иммуноглобулином, 10%, по 0,75 в/м (предсезонная профилактика) и 1,5 мл - по эпидпоказаниям, беременным - 3,0 мл. Санпросветработа. Диспансерное наблюдение - в течение месяца от момента выписки из стационара, первый осмотр, через 10 дней после выписки, проводится в КИЗ или гепатологическом кабинете.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 16

**Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больная Д., 20 лет, жительница сельского района Тувинской области, домашняя хозяйка, 2-я беременность, срок 36 недель. Заболела 01.10, когда отметила слабость и снижение аппетита. В течение 4 дней интенсивность указанных симптомов нарастала. На 4-й день болезни отметила тошноту, на 5-й – рвоту после еды, не приносящую облегчения, темную мочу и желтушность кожи и склер. Впервые обратилась к врачу и была госпитализирована на 6-й день болезни (1-й день желтухи) с направительным диагнозом «гепатит В».

По данным эпиданамнеза, однократно сдавала кровь из пальца и вены в женской консультации за 5 месяцев до начала болезни. В течение последних 2 месяцев в поселке были случаи заболевания гепатитом.

При поступлении жалобы на слабость, снижение аппетита, тошноту. Состояние средней тяжести. Кожные покровы и склеры желтушны. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Одышки нет. Пульс удовлетворительного наполнения, 100 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Печень на 1,5–2 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Данные биохимического анализа крови: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, повышение активности печеночных трансаминаз в 25 раз, снижение протромбинового индекса до 35%, нормальные показатели общего белка и альбумина. Данные общего анализа крови: лейкопения. Результаты общего анализа мочи в норме.

В течение последующих 3 дней после появления желтухи симптомы интоксикации продолжали нарастать, рвота отмечалась 2–3 раза в день, больная стала жаловаться на боль в правом подреберье и эпигастрии. На 9-й день от начала болезни появились печеночный запах изо рта, мелена, гемоглобинурия. На 10-й день болезни отмечены сонливость, вялость, адинамия, хлопающий тремор. Двукратно у больной была рвота содержимым желудка в виде «кофейной гущи». На 11-й день болезни произошли преждевременные роды мертвым плодом, после чего состояние больной резко ухудшилось – в течение нескольких часов постепенно утратился

контакт с больной, была диагностирована кома, арефлексия, сократились размеры печени (граница печеночной тупости на 3 см выше правой реберной дуги), развилась анурия. Через 8 часов после родов наступил летальный исход.

**Вопросы:**

1. Выскажите предположение о диагнозе и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику с учетом описанных клинических, лабораторных признаков и последовательности развития симптомов.
3. Какие осложнения заболевания, приведшие к смерти, были у больной?
4. Какие лечебные мероприятия необходимо было проводить больной с момента госпитализации?

**Эталон ответов:**

1. Учитывая регион проживания больной, случаи заболевания в поселке гепатитом, осенний период года, наличие синдрома острого гепатита (желтуха, увеличение печени), развитие тяжелого течения болезни у беременной женщины (выраженная интоксикация, признаки желудочно-кишечного кровотечения, симптомы ОПЭ, отек мозга), прерывание беременности на фоне болезни, ухудшение состояния после прерывания беременности, развитие почечной недостаточности на фоне гемоглинурии, можно предположить у больной гепатит E.

2. Дифференциальную диагностику следует проводить с острым гепатитом В и дельта (учитывая парентеральное вмешательство за 6 месяцев до болезни) тяжелого течения, острым жировым гепатозом беременных (учитывая третий триместр беременности). За наличие вирусного гепатита у больной говорят данные эпиданамнеза, наличие продромального периода, лабораторные признаки (значительная гиперферментемия), ухудшение состояния после прерывания беременности. Однако имеются признаки, не характерные для гепатита В и дельта тяжелого течения у беременных: прерывание беременности до развития ОПЭ II и III степени, гемоглинурия, почечная недостаточность. Маловероятен диагноз гепатита А и гепатита С, так как при данных нозологических формах крайне редко регистрируется тяжелое течение с прерыванием беременности. Для гепатита А не характерны постепенное начало заболевания и ухудшение состояния с появлением желтухи. Для жирового гепатоза беременных не характерно развитие ОПЭ после самопроизвольного прерывания беременности, редко нарушается сознание. Не характерны также значительное повышение активности печеночных трансаминаз, выраженная гемоглинурия, нормальные показатели общего белка и лейкопения. Причиной летального исхода при остром жировом гепатозе беременных, как правило, является геморрагический синдром (маточные кровотечения), развитие ДВС-синдрома.

3. Геморрагический синдром, ОПЭ, почечная недостаточность. Летальный исход наступил от отека мозга.

4. Не дожидаясь развернутой картины дистрофии печени (ОПЭ, геморрагического синдрома), проводят профилактические и лечебные мероприятия, направленные на сохранение беременности, предотвращение острой дистрофии печени (применение ингибиторов протеолиза – гордокса, контрикала), сеансы плазмафереза. Обязательны интенсивная дезинтоксикационная терапия (внутривенное введение физиологического раствора и концентрированных растворов глюкозы), применение дезагрегантов, при начавшейся гипокоагуляции (снижении протромбинового индекса) заместительная терапия свежезамороженной донорской плазмой, полноценное обезболивание родовой деятельности, профилактика послеродового кровотечения (применение аминокaproновой кислоты, протамина сульфата, дицинона).

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 17**

**Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больная С., 28 лет, госпитализирована в стационар с жалобами на сильную слабость, тошноту, рвоту после приема пищи, икоту, головокружение, бессонницу, желтушность кожи и склер, темный цвет мочи, носовое кровотечение, повышенную температуру тела, боль в коленных и лучезапястных суставах.

Заболела неделю назад, когда заметила появление слабости, быстрой утомляемости, повышение температуры тела до 38°C. Все дни лихорадила. В последующие дни возникли тошнота и рвота,

потемнел цвет мочи, появилась боль в суставах. Накануне пожелтели склеры, плохо спала ночью, было носовое кровотечение.

Эпидемиологический анамнез: 1,5 месяца назад у пациентки произошли срочные роды с кровопотерей и последующим переливанием крови, плазмы. В прошлом перенесла ВГВ.

При осмотре: сознание ясное. Вялая, адинамичная. Температура тела 37,2°C. Кожа и склеры ярко желтушны. Петехиальная сыпь на коже туловища и внутренней поверхности плеч. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. АД 100/60 мм рт. ст. Пульс 92 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в области правого подреберья. Край печени на уровне подреберья. Селезенка пальпируется. Кал ахоличен. Моча темная.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести?
3. Оцените степень тяжести течения болезни и определите тактику лечения.

**Эталон ответов:**

1. Острый дельта-гепатит (ОГД) или суперинфекция дельта-вирусом у больной с ХГВ, учитывая перенесенный в прошлом ОГВ, произошедшие 1,5 месяца назад роды с переливанием препаратов крови, изначально тяжелое течение вирусного гепатита.

2. Необходимо получить результаты общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимического анализа крови, оценить коагулограмму, протромбиновый индекс, уровни креатинина и мочевины в динамике и результаты ИФА, в котором должны быть выявлены HBsAg, анти-HBc IgG (при отрицательных результатах обследования на анти-HBc IgM), анти-HDV IgM.

3. Учитывая острое начало болезни, выраженность симптомов интоксикации, явления тромбгеморрагического синдрома и острой печеночной энцефалопатии I степени, можно думать об очень тяжелом течении острого вирусного гепатита (фульминантный гепатит). Лечение проводится по схеме терапии ОГВ тяжелой степени с включением в комплексную терапию компонентов лечения фульминантного гепатита. Лечение и наблюдение за больной должны проводиться в палате или отделении интенсивной терапии.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 18

**Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больной М., 55 лет, поступил в клинику с жалобами на плохой аппетит, общую слабость боли в суставах.

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

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

Лабораторные данные: Кровь: Эр.- $4,5 \times 10^{12}$ /л, Нв -120г/л, Лц.- $4,2 \times 10^9$ /л, Эоз-2, П-8, С-42, Лм-38, Мон-10, СОЭ-10мм/час. Моча: уд.вес-1015, белка нет, ед. клетки плоского эпителия, реакция на желчные пигменты (+), на уробилин (+).

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования

5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

**Эталон ответов:**

1. ВГВ, острая желтушная форма.
2. Наличие парентеральных вмешательств: профессиональный фактор (контакты с кровью больных) наличие в семье носителей HBsAg и больных хроническими гепатитами, половой фактор.
3. В преджелтушном периоде: грипп, ревматизм, полиартрит, гепатохолецистит, гастрит. Желтушный период: надпеченочные (желтухи гемолитические, подпеченочные), желчнокаменная болезнь, новообразования, гельминтозы, паренхиматозные желтухи другой этиологии (лептоспироз, иерсиниоз, инфекционный мононуклеоз и др.).
4. Общий анализ крови, моча на уробилин и желчные пигменты, кровь на билирубин (общий, связанный), сулемовая и тимоловая пробы, коллоидные пробы, кровь на АлАт, АсАт, протромбин, специфические маркеры ВГВ: HBsAg, HBeAg, antiHBsIgM (в начальной фазе болезни - antiHBs, antiHBsIg), antiHBs (период реконвалесценции), УЗИ печени, желчного пузыря, селезенки.
5. Базисная терапия: щадящий режим (первые 7-10 дней - постельный, в последующем - полупостельный), диета - полноценная, калорийная (стол № 5), обильное питье до 2-3 л в сутки в виде щелочных минеральных вод, компотов, фруктовых и овощных соков, Парентеральное введение дезинтоксикационных средств: в/в капельно 5% р-р глюкозы и р-р Рингера - по 250-500 мл с добавлением 10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, гемодез или реополиглюкин - 200-400 мл с учетом диуреза. За счет натуральных пищевых продуктов - витамины В<sub>1</sub>-5%-1,0, В<sub>6</sub>-5%-1,0.
6. Своевременная госпитализация и экстренное извещение в ГЦСЭН.
7. Заключительная дезинфекция в очаге с применением 5% раствора хлорсодержащих средств, вещи подвергаются камерной дезинфекции. Наблюдение за контактными в очаге: опрос, однократный осмотр врачом контактных, проведение санитарно-просветительной работы. Взятие крови на HBsAg у контактных, выявление носителей вируса гепатита В. Диспансеризация в течение года после выписки из стационара в КИЗ поликлиники или гепаткабинете, с осмотром и анализом биохимического исследования крови через 1, 3, 6, 12 месяцев.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 19

**Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больной У., 43 года, донор плазмы. При очередной сдаче крови впервые обнаружено повышение активности ферментов цитолиза (АсАт – 450 МЕ/л, АлАт – 1286 МЕ/л) при уровне билирубина 18 мкмоль/л. HBsAg и анти-ВГС не обнаружены. Направлен в гепатологический центр с подозрением на вирусный гепатит, с жалобами на небольшую слабость и снижение аппетита.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, желтухи нет. Живот обычной формы, не увеличен в объеме, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень увеличена, край ее выступает из-под реберного края на 2 см. Селезенка перкуторно незначительно увеличена. Цвет мочи и кала не изменен. Изменений со стороны других органов и систем нет.

Маркеры вирусных гепатитов А, В и С не обнаружены: анти-ВГА IgM – отр., анти-ВГС – отр., HBsAg – отр., анти-HBc IgM – отр.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Определите тактику обследования и ведения больного.
4. Может ли больной быть донором?

**Эталон ответов:**

1. Диагноз: «острый гепатит С, безжелтушная форма». Основания: данные эпидемиологического анамнеза (донор плазмы), клинические проявления болезни (слабость,

снижение аппетита) и данные лабораторного обследования (повышение уровня АлАт до 40 норм, нормальный уровень билирубина). Отсутствие анти-ВГС не противоречит этому диагнозу, поскольку антитела к вирусу гепатита С могут определяться в более поздние сроки.

2. Дифференцировать следует с ОВГ другой этиологии. Отвергнуть предположение о других острых вирусных гепатитах позволяет отсутствие маркеров гепатита А и В.

3. Госпитализация больного, повторное исследование крови на маркеры вирусных гепатитов (анти-ВГС, РНК ВГС), при подтверждении диагноза ОГС – интерферонотерапия, последующее диспансерное наблюдение.

4. От донорства отстранить.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 20

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больной А. 38 лет. вызвал скорую медицинскую помощь по поводу высокой температуры. Заболел остро, два дня начал, температура тела повышалась до 39.1°C. появился сухой кашель. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно купировал лихорадку парацетамолом и ибупрофеном. начал принимать АЦЦ. На следующий день симптомы сохранялись. На третий день болезни появилось чувство нехватки воздуха, ощущение сдавленности в грудной клетке, температура тела - 38.9°C. Вызвал СМП. доставлен в приемный покой Инфекционной клинической больницы.

Эпиданамнез за границу не выезжал По работе часто посещает Москву. Последний перелет был 6 дней назад.

Анамнез жизни: Хронических болезней нет. аллергологический и клинический анамнез неотягощен.

При осмотре состояние средней тяжести. Беспокоит сухой кашель, ощущение сдавленности в грудной клетке. Температура 38.6°C. пульс- 96 уд/мин. ритмичен, АД 120/80 мм.рт.ст.. частота дыхания 20 в мин. Кожные покровы чистые. Склеры не инъецированы. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Зев гиперемирован, выражена зернистость задней стенки глотки. Язык обложен белым налетом. Аускультативно - выслушивается жесткое дыхание по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

ОАК: Лейк.- $9,5 \cdot 10^9$ /л, Эритро  $4,2 \cdot 10^{12}$ /л. НЬ - 129г/л. тромб -  $203 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 16 мм/ч; Б/х анализ крови: общ белок 72г/л. глюкоза - 5.6 ммоль/л. АЛТ-68Е/л. АСТ - 55Е/л, билируб - 8.9 мкмоль/л

### **Вопросы**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования следует назначить для уточнения диагноза?
3. Особенности специфической лабораторной диагностики данного заболевания.
4. Назначьте лечение.

### **Эталон ответов**

1. Острое начало болезни, высокая лихорадка, сухой кашель, ощущение сдавленности в грудной клетке, чувство нехватки воздуха, наряду с особенностями эпидемиологического анамнеза (частые командировки в г.Москва) позволяют заподозрить новую коронавирусную инфекцию, среднетяжсое течение. Диагноз: Острая респираторно-вирусная инфекция, среднетяжслая форма. Обследование на КВИ.

2. Для уточнения диагноза необходимо назначение ПЦР на ОРВИ, ПЦР на выявление РНК SARS-CoV-19

3. Исследование проводится трехкратно. Пробы от пациентов должны быть транспортированы с соблюдением требований санитарных правил. Транспортировка возможна на льду. На сопровождающем формуляре необходимо указать наименование подозреваемой ОРИ. предварительно уведомив лабораторию о том. какой образен транспортируется. Образцы биоматериалов в обязательном порядке направляют в научно-исследовательскую организацию Рос потребнадзора или Центр гигиены и эпидемиологии в субъекте РФ с учетом удобства транспортной схемы



4. Патогенетическая терапия: достаточное количество жидкости; при выраженной интоксикации показаны энтеросорбенты, мукоактивные препараты с целью улучшения отхождения мокроты. Симптоматическая терапия: купирование лихорадки (при температуре  $>38^{\circ}\text{C}$ ), комплексная терапия бронхита.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 21

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больная Р., 25 лет, поступила в инфекционный стационар с жалобами на общую слабость, снижение работоспособности, плохой аппетит желтуху.

Заболела остро, 5-6 дней назад, когда появилась общая слабость, недомогание, тошнота, тяжесть в правом подреберьи. Все дни ходила на работу, однако сегодня усилилась слабость, и она обратилась к врачу

При осмотре состояние средней тяжести, температура  $37,8^{\circ}\text{C}$ . Выраженная желтушность кожи и склер, слизистых. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушенные. Пульс-70 уд/мин. АД-110/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см., гладкая, эластичная. Селезенка пальпируется, край мягкий. Моча - темная, кал - ахоличный.

Больной госпитализирован в гепатологическое отделение с диагнозом «вирусный гепатит». На фоне проводимой терапии состояние не улучшилось: сохраняется выраженная желтушность кожи и склер, гепатомегалия. Болей в животе нет. Пальпация живота безболезненная. При обследовании крови на маркеры вирусных гепатитов – все результаты отрицательные.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.- $5 \times 10^{12}/\text{л}$ , Нв-140г/л, Лц.- $3,6 \times 10^9/\text{л}$ , Эоз-2, П-8, С-42, Лм-48, СОЭ-10 мм/час. Моча: реакция на желчные пигменты и уробилин положительная. Кал светлый, реакция на стеркобилин отрицательная. В крови - antiHAVIgM (+).

### **Вопросы:**

1. При каком заболевании может быть такая клиническая картина.
2. Дифференцируемые заболевания
3. План обследования.
4. Лечение, выписать рецепты.
5. Тактика участкового терапевта.
6. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

### **Эталон ответов:**

1. Такое состояние может быть при ЦМВ-инфекции (острый гепатит, холестатический вариант).
2. Желтушная форма псевдотуберкулеза, лептоспироза, желтухи гемолитического, обтурационного и токсического генеза, вирусные гепатиты.
3. Кровь методом ПЦР. ИФА на цитомегаловирусные антитела. Общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови в динамике, УЗИ брюшной полости, кровь на маркеры гепатитов А,В,С,Д,Е. Общий анализ крови, моча на уробилин и желчные пигменты, кровь на билирубин (общий, связанный), сулемовая и тимоловая пробы, коллоидные пробы, ГГТП, щелочную фосфатазу, кровь на АлАт, АсАт, протромбин, специфические маркеры ВГВ: HBsAg, HBeAg, antiHBsIgM (в начальной фазе болезни - antiHBs, antiHBsIg), antiHBs (период реконвалесценции), УЗИ печени, желчного пузыря, селезенки.
4. Специфическая терапия: ганцикловир (цимевен) в дозе 5 мг/кг в сутки внутривенно не менее 14 дней (до 21 дня) в зависимости от динамики клинических проявлений. Базис-терапия: щадящий режим (в первые 7-10 дней, желательно постельный режим, в последующем - полупостельный), рациональная диета (стол №5 по Певзнеру) потребность в витаминах должна обеспечиваться за счет натуральных пищевых продуктов, обильное питье - до 2-3 л в сутки в виде щелочных минеральных вод, компотов, соков, чая. Если из-за тошноты больной не может много пить, при интоксикации необходимо в/в введение дезинтоксикационных средств (5% раствор глюкозы - по 500 мл с добавлением 10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, кристаллоидов, пероральная регидрация солевыми растворами с учетом диуреза).
5. Госпитализация в инфекционное отделение, экстренное извещение в ГЦСЭН.
6. Специфические противоэпидемические мероприятия не разработаны

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 22

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больная О., 62 года, заболела внезапно: возникли озноб, головная боль, чувство сильного жжения в подлопаточной области, резкие боли при дыхании в этой области. Самостоятельно принимала аспирин, антибиотики - облегчения не наступило. На 4-ый день болезни вызвала врача и была направлена для лечения в инфекционную больницу.

При осмотре - состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела 38°C. Зев нормальной окраски. На коже спины, в левой подлопаточной области, на отечном и гиперемизированном участке кожи - группы пузырьков, наполненные серозным содержимым. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-90 уд/мин., ритмичный. АД-130/80 мм.рт.ст. Язык чист. Живот мягкий, безболезнен. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.- $3,4 \times 10^{12}/л$ , Нв-140г/л, Лц.- $5,8 \times 10^9/л$ , Эоз-1, П-8, С-39, Лм-47, Мон-5, СОЭ-15 мм/час. Моча: уд.вес-1020, ед. лейкоциты в п/зрения.

### **Вопросы:**

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

### **Эталон ответов**

1. Опоясывающий лишай, средней тяжести.
2. Был ли контакт с аналогичным больным
3. Рожа, простой пузырьковый лишай.
4. Общий анализ крови. Выделение вирусов из содержимого пузырьков. Серологические методы: РСК, РНГА, ИФА. Исследование крови на ВИЧ, иммунограмма.
5. Этиотропная терапия: Назначение ацикловира, зовиракса (по схеме) Смазывание пораженного участка бонафтоновой мазью, бриллиантовой зеленью. Патогенетическая терапия: Димедрол - 0,05 3 раза в день, бутадиион - 0,15 г 3 раза в день. При сильных болях и жжении - электрофорез с новокаином, циркулярная блокада с новокаином. Иммуномодуляторы: нуклеинат натрия - 0,5 г 3 раза в день и др. (после исследования иммунограммы).
6. Госпитализация больного. Экстренное извещение в ГЦСЭН.
7. Санитарно-просветительная работа.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 23

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

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 с локализацией в лобной области, повышение температуры тела до 38°C. Считает себя больным с 4.01, когда появились головная боль в области лба, озноб, ломота в теле, повысилась температура (до 37,8°C). С 5.01 появились скудные выделения из носа, боль в области грудины. Обратился к врачу. Была назначена симптоматическая терапия (обильное питье с медом, глюконат кальция, рутин, на ночь солпадеин). Состояние несколько улучшилось. Слабость уменьшилась. 7.01 температура тела была нормальной. 8.01 появился кашель, сначала сухой, затем с трудно отходящей мокротой, присоединилась боль в грудной клетке слева, вновь повысилась температура (до 38°C).

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

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Решите вопрос о необходимости госпитализации.
3. Составьте план лечения.

**Эталон ответов:**

1. Острое начало болезни, озноб, костно-мышечная боль и боль в области лба, повышение температуры тела, присоединение насморка, першения в горле, кашля, боли в области трахеи, гиперемия и зернистость слизистой оболочки мягкого неба, улучшение самочувствия с последующим его ухудшением, появление болей в груди, усиление кашля, данные перкуссии и аускультации позволяют поставить диагноз «грипп, осложнение – левосторонняя очаговая пневмония».
2. По клиническим и эпидемиологическим показаниям необходима госпитализация.
3. Постельный режим, антибиотики резерва, сердечно-сосудистые средства, отхаркивающие, десенсибилизирующие препараты, витамины.

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 24****Компетенции: УК-1, ПК-1**

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

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

Лабораторные данные: Кровь: Эр.- $4,4 \times 10^{12}$ /л, Цв.пок.-1,1, Лц.- $3,5 \times 10^9$ /л, Эоз-2, П-7, С-44, Лм-38, Мон-9, СОЭ-8 мм/час. Моча: уд.вес-1014, единичные клетки плоского эпителия.

**Вопросы:**

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

**Эталон ответов:**

1. Грипп, средняя тяжесть.
2. Уточнить возможность контакта с больными, у которых были аналогичные проявления последние 3-7 дней.
3. Парагрипп, аденовирусная инфекция, РС-инфекция, микоплазмоз и другие ОРВИ.
4. Мазки из зева, носа и кровь на вирусы, иммунофлюоресцентный метод. Кровь на РТГА, ИФА с гриппозным диагностикумом.
5. Этиотропная терапия: Тамифлю – 75 мг 3р. в день и амиксин (по схеме) При тяжелом течении - противогриппозный иммуноглобулин по 3 дозы ежедневно в течение 3-х дней, интерферогены (кагоцел и т.д.) Патогенетическая и симптоматическая терапия: щелочные ингаляции, теплое молоко с минеральной водой, либексин, тусупрекс, сосудосуживающие капли в нос. Обильное питье.
6. Экстренное извещение в ГЦСЭН.

7. По возможности - изолировать больного от окружающих, проветривать помещение 3-5 раз в день, марлевая маска больному и окружающим. Влажная уборка помещения 0,5% раствором хлорамина. Контактным - арбидол - по 100 мг 1 раз в день, 7 дней, оксолиновая мазь - 0,25 интраназально. Санитарно-просветительная работа.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 25

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больной А., 45 лет, состоит на диспансерном учете в городском центре профилактики и борьбы со СПИДом 5 лет. В течение последнего года перенес пневмоцистную пневмонию и один рецидив герпетической инфекции (опоясывающий лишай). Два месяца назад стал чувствовать нарастающую слабость в ногах, затем присоединились боль и чувство онемения в стопах и голених, стала повышаться температура тела до 38°C, аппетит пропал, появились боли в животе, периодически жидкий стул с примесью крови и слизи 3–4 раза в день. Особенно беспокоило ухудшение зрения – расплывчатость контуров предметов и мелькание «мушек» перед правым глазом.

При осмотре истощен, бледен. При пальпации живота болезненность в нижних отделах. Печень ниже реберной дуги на 2 см. Отмечены снижение тонуса и гипотрофия мышц нижних конечностей, нарушение чувствительности. Невропатолог выявил полирадикулонейропатию. Осмотрен окулистом, диагноз: «некротический ретинит правого глаза, геморрагический васкулит слева». В связи с наличием дисфункции кишечника, обнаружением примеси крови в испражнениях сделано эндоскопическое исследование кишки, выявлен эрозивно-язвенный проктосигмоидит. Проведена биопсия слизистой оболочки кишечника.

### **Вопросы:**

1. О развитии какой оппортунистической инфекции можно думать? Сформулируйте диагноз.
2. Достаточно ли проведенных исследований для подтверждения диагноза? Какие дополнительные исследования необходимы?
3. Составьте план лечения.

### **Эталон ответов:**

1. При появлении полирадикулонейропатии и нарушении зрения (некротический ретинит) следует прежде всего думать о манифестации цитомегаловирусной инфекции. В пользу ЦМВИ свидетельствуют клинические данные (некроз сетчатки, двустороннее ее поражение, полирадикулонейропатия, эрозивно-язвенный проктосигмоидит. Диагноз: «ВИЧ-инфекция, стадия вторичных проявлений (IVB) в фазе прогрессирования, ЦМВИ (ретинит, полирадикулонейропатия, эрозивно-язвенный проктосигмоидит)».
2. Подтвердить этот диагноз нужно методом ПЦР для обнаружения ДНК ЦМВ в крови и биоптате слизистой оболочки кишки (не только качественный, но и количественный метод) с целью подтверждения манифестной формы болезни.
3. Больному следует назначить наряду с ВААРТ ганцикловир (цимевен) в дозе 5 мг/кг в сутки внутривенно не менее 14 дней (до 21 дня) в зависимости от динамики клинических проявлений. В дальнейшем – переход на поддерживающую терапию.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 26

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больной И., 19 лет, проживающий в общежитии, обратился в поликлинику с жалобами на небольшую общую слабость, головную боль в лобной области, головокружение, снижение аппетита, познабливание, светобоязнь, заложенность носа с обильными слизисто-серозными выделениями из носовых ходов, боли в горле при глотании.

Заболел 4 дня назад, когда почувствовал недомогание, появилась общая слабость, головная боль, боль в глазных яблоках, першение в горле, заложенность носа. К вечеру самочувствие ухудшилось. Поднялась температура до 38°C, присоединялась резь в глазах, слезотечение, сильный насморк, боли в горле при глотании. На следующий день температура тела - 39°C. Жалобы были прежними. В последующие дни и на момент поступления температура колебалась в пределах 37,5-38,5°C. Несмотря на прием тетрациклина самочувствие не улучшалось.

При осмотре состояние средней тяжести. Вялый. Умеренная гиперемия лица. Носовое дыхание

затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов. Веки отечны. Конъюнктивы и склеры обоих глаз ярко гиперемированы, по краю век желтоватые корочки. Глаза слезятся. выявлена умеренная гиперемия небных дужек, миндалин, зернистость задней стенки глотки. Миндалины в размерах увеличены, разрыхлены, без налета. Пальпируются чувствительные подчелюстные и подмышечные лимфатические узлы. В легких при аускультации выслушивается жесткое дыхание. В проекции прикорневых отделов в незначительном количестве выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс-96 уд/мин., ритмичен. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание поясницы безболезненное. Нервно-психический статус без патологии. Менингеальных явлений нет.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.- $4,3 \times 10^{12}/л$ , Нв-110г/л, Лц.- $4,2 \times 10^9/л$ , П-8, С-54, Лм-32, Мон-6, СОЭ-12 мм/час. Моча: уд.вес-1021, цвет - светло-желтый, единичные лейкоциты и клетки плоского эпителия.

### **Вопросы**

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

### **Эталон ответов**

1. Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, среднетяжелое течение.
2. Выяснить, нет ли среди сослуживцев больных аналогичным заболеванием, нет ли в окружении лихорадящих больных.
3. Дифференциальная диагностика проводится с другими ОРВИ, инфекционным мононуклеозом, лакунарной ангиной.
4. Выявление соответствующего антигена в пораженных клетках методом иммунофлюоресценции, определение нарастания титра антител в парных сыворотках методом РСК, РИ, РПГА, в кале - методом иммуноферментного анализа с использованием моноклональных антител.
5. Лечение симптоматическое (парацетомол, аскорбиновая кислота, десенсибилизирующая терапия), нормальный иммуноглобулин человеческий в/м 6 доз однократно. При конъюнктивите - 30% сульфацил-натрия, закладывание за веко 1% преднизолоновой или гидрокортизоновой мази.
6. Госпитализация больного (с целью изоляции), посылка экстренного извещения в ГЦСЭН.
7. В очаге проводят текущую дезинфекцию, больных - изолируют. Детей разобщают в коллективах не менее 10 дней. Для специфической профилактики используется живая пероральная вакцина из аденовирусов, живая энтеральная вакцина.

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 27**

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больной А. 10лет поступил с жалобами на повышается температура тела, слабость, разбитость, вялость, головные боли, озноб, потливость, капризность. Сразу появляются симптомы назофарингита. Нос заложен, кожа горячая на ощупь, сухая. дыхательной недостаточностью. У больного отмечают выраженная одышка в покое с участием вспомогательной мускулатуры, напряжением грудино-ключично-сосцевидной мышцы, резким втяжением межреберных промежутков и эпигастральной области, стойкий периоральный цианоз и акроцианоз. Ребенок вялый, адинамичный, дыхание шумное, свистящее на выдохе. При декомпенсации дыхательной недостаточности — одышка более 80 в 1 мин, периодически отмечают брадипноэ и апноэ, ослабление дыхания, разлитой цианоз, кома и судороги. Температура тела субфебрильная. Синдром интоксикации выражен увеличение размеров печени и селезенки, развитие сердечно-сосудистой недостаточности.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Дифференциальный диагноз
3. Тактика участкового врача
4. Составьте план обследования
5. Составьте план лечения

**Эталон ответа:**

1. РС инфекция
  2. РС-инфекции проводят с другими ОРВИ, а также с аллергическим бронхитом и бронхиальной астмой, коклюшем, хламидийной, микоплазменной инфекцией.
  3. заподозрить и направить в инфекционную больницу
  4. Выявление антигенов РС-вируса в клетках цилиндрического эпителия носоглотки проводят методом прямой или непрямой иммунофлюоресценции, возможно использование ПЦР. Серологическую диагностику РС-инфекции осуществляют с помощью РСК или РН при исследовании парных сывороток, взятых с интервалом в 10-14 сут. Диагностическим является нарастание титра специфических антител в 4 раза и более. Вирусологическая диагностика - выделение РС-вируса в культуре ткани. В анализе крови отмечают нормоцитоз, иногда - умеренную лейкопению, лимфоцитоз, эозинофилию.
  5. Организационно-режимные мероприятия: госпитализация больных со среднетяжелой и тяжелой формой болезни, постельный режим на весь лихорадочный период.
- 2) Медикаментозная терапия включает:
- Этиотропную терапию:
    - противовирусные средства (изопринозин, арбидол, анаферон, циклоферон, ингавирины другие) в зависимости от возраста ребенка;
    - антибактериальные средства назначаются при доказанном присоединении бактериальной инфекции, присоединении пневмонии и только врачом.
  - Патогенетическое лечение:
    - противокашлевые, отхаркивающие и противовоспалительные сиропы (эrespал, лазолван, бромгексин, синекод, микстуры с корнем алтея, с термопсисом);
    - антигистаминные средства (klarитин, зиртек, зодак, цетрин, супрастин, эриус и другие);
    - местная терапия (назол, називин и прочие для носа, фалиминт, фарингосепт и прочие для горла).
    - Ингаляционная терапия – паровые ингаляции с травами (ромашка, шалфей, душица), щелочная ингаляционная терапия, применение небулайзеров с лекарственными средствами.
    - При необходимости назначение глюкокортикостероидов.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 28

**Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больной Ч. 15 лет, учащийся, обратился к участковому врачу с жалобами на повышение температуры тела до 37,5°C, выраженное недомогание, боль в горле при глотании и при прохождении твердой пищи по пищеводу. Из анамнеза: заболел остро 2 дня назад, когда температура повысилась до 38,0°C, появились слабость, недомогание, после небольшого зуда – «лихорадка» на губах. На следующий день отметил боль в горле при глотании и чувство дискомфорта при прохождении пищи по пищеводу. Температура субфебрильная. Заболевание пациент связывает с переохлаждением. В анамнезе – периодические ОРЗ.

Объективно: состояние средней тяжести. В области красной каймы губ множество прозрачных, тесно сгруппированных пузырьков на инфильтрированном основании. Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована, на слизистой оболочке щек, задней стенке глотки, языке множество пузырьков, часть из которых вскрыта с образованием эрозий. Умеренно увеличены и болезненны подчелюстные лимфоузлы. Со стороны внутренних органов без видимой патологии. Изменений со стороны нервной системы нет. Участковый врач заподозрил ГИ, стоматит.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Тактика ведения больного.

**Эталон ответа:**

1. Герпетическая инфекция 1 типа,-поражения кожи и слизистых оболочек полости рта. Следует предположить наличие герпетического эзофагита. В пользу эзофагита – интоксикация, появление типичных пузырьков после зуда, а также наличие эрозий на слизистой оболочке полости рта и, вероятно, на слизистой пищевода.
2. Для подтверждения диагноза герпетического эзофагита следует провести эндоскопию. При необходимости проводят серологические исследования для обнаружения антител класса М. Исследования на ВИЧ-инфекцию. Соскоб со слизистой оболочки для исключения грибкового поражения.
3. Необходима диета – жидкая пища с исключением раздражающих веществ. Обильное питье. Этиотропная терапия: внутрь ацикловир 200 мг 5 раз в сутки в течение 7–10 дней. Местно – 1% мазь хелепин, 2% мазь алпизарин или 5% мазь ацикловир.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 29

### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больная Д., 19 лет, студентка, вернулась из 10-дневной туристической поездки в Турцию 28.08. За последние 6 месяцев парентеральных вмешательств не было. Отдыхала на море, жила в гостинице, питалась в ресторане. 10.09 поднялась температура до 37,8°C, появились слабость, головная боль, ломота в теле. 11, 12, 13 и 14.09 вышеуказанные симптомы сохранялись, больная принимала аспирин, к врачу не обращалась. 15.09 температура до 39,5°C, появились боли в горле, заложенность носа, гнусавость, болезненность в области шеи и подчелюстной области, тошнота. 16.09 больная обратила внимание на неяркую сыпь на коже бедер и живота. 17.09 на фоне сохраняющейся лихорадки и всех вышеперечисленных симптомов появилась желтушность кожи. Больная была госпитализирована в инфекционную больницу. При осмотре выявлены увеличение шейных лимфатических узлов, умеренная отечность шеи, катаральная ангина, желтушность кожи и склер, гепатоспленомегалия.

### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите наиболее характерные симптомы этого заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие изменения лабораторных показателей Вы ожидаете увидеть, какой лабораторный показатель подтвердит диагноз?
5. Какова лечебная тактика?

### **Эталон ответов:**

1. Учитывая начало заболевания с лихорадки и постепенное повышение ее до максимальных цифр, наличие симптомов интоксикации, последующее присоединение болей в горле, шее, появление сыпи, заложенности носа, присоединение желтухи, увеличение шейной группы лимфатических узлов, наличие ангины, гепатомегалии, увеличение селезенки, можно поставить предварительный диагноз «инфекционный мононуклеоз».
2. Для инфекционного мононуклеоза наиболее характерно сочетание высокой лихорадки, ангины, лимфаденопатии (шейный отдел) и последующее присоединение желтухи (развитие гепатита), типична этапность появления симптомов.
3. Такой симптом, как желтуха, при инфекционном мононуклеозе появляется только в случае развития гепатита, который, в свою очередь, не является обязательным клиническим признаком инфекционного мононуклеоза. Учитывая пребывание больной в Турции, развитие признаков острого гепатита, необходимо дифференцировать с ГЕ и ГА. Очень короткий инкубационный период и наличие высокой лихорадки в продроме ставит под сомнение диагноз ГЕ. Наличие лимфаденопатии, ангины и увеличение селезенки свидетельствует не в пользу ГА.
4. В клиническом анализе крови – нормальное количество лейкоцитов или умеренный лейкоцитоз с нейтропенией и лимфоцитозом, атипичные мононуклеары в количестве более 12–15%, плазматические клетки (1–3%). Подтверждением диагноза является факт обнаружения атипичных мононуклеаров в количестве более 10% и антител к ранним антигенам ВЭБ. В биохимическом анализе крови – умеренное повышение активности печеночных трансаминаз (в 2–6 раз), гипербилирубинемия за счет прямой фракции.
5. Специфической этиотропной терапии не существует. При развитии вторичных бактериальных осложнений применяются антибактериальные препараты. Категорически

противопоказан ампициллин из-за высоковероятного развития проявлений лекарственной болезни (токсико-аллергическая реакция – сыпь на коже, отек Квинке).

### ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 30

#### **Компетенции: УК-1, ПК-1**

Больной П., 40 лет, не работает, состоит на учете в центре профилактики и борьбы со СПИДом в течение года после отбывания срока в местах лишения свободы. Диагноз при постановке на учет: «ВИЧ-инфекция, стадия IVБ (потеря веса около 10%, частые обострения хронического бронхита, повторные фарингиты, рецидивы герпетических высыпаний на губах, кандидоз слизистой оболочки ротоглотки)». За последние 3 месяца похудел на 10 кг. Наросла слабость, появилась потливость в ночное время, повысилась температура до 37,5–38°C, периодически беспокоит кашель с вязкой мокротой, одышка при подъеме по лестнице. Лечился народными средствами. Самочувствие ухудшилось, обратился к врачу центра профилактики и борьбы со СПИДом.

При осмотре температура 38°C, истощен, бледен, в легких жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы, ЧД 26 в минуту, тоны сердца приглушены, пульс 90 ударов в минуту. Печень ниже края реберной дуги на 2 см. При рентгенологическом исследовании в нижних отделах легких выявлены очаги округлых очертаний неправильной формы. При УЗИ органов брюшной полости обнаружено увеличение печени с диффузными изменениями паренхимы. По ходу печеночно-дуоденальной связки и у ворот селезенки увеличенные лимфатические узлы (10–13 мм).

#### **Вопросы**

1. О чем могут свидетельствовать новые симптомы у больного?
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

#### **Эталон ответов**

1. Лихорадка, слабость, похудание, ночные поты, кашель с вязкой мокротой, а также рентгенологическая картина легких и данные УЗИ (поражение печени, внутрибрюшных лимфоузлов), данные эпиданамнеза (пребывание в местах лишения свободы) могут свидетельствовать о генерализованном туберкулезном процессе.
2. У больного ВИЧ-инфекция в стадии IVБ (СПИД) в фазе прогрессирования, генерализованный туберкулез.
3. Тактика лечения определяется тяжестью течения и формой болезни совместно с фтизиатром.

#### **Критерии оценивания тестовых заданий:**

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.