

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 ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования - программы ординатуры
по специальности 32.08.12 Эпидемиология

Рецензенты:

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 ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ ПО
СПЕЦИАЛЬНОСТИ ОРДИНАТУРЫ 32.08.12 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

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

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

2. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ПО ВЫБОРУ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Универсальные компетенции (УК)	
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.
Профессиональные компетенции	
<i>профилактическая деятельность:</i>	
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний 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 ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ 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	1-15	1-15	1-17	1-30
2.	ПК-1	1-15	1-15	1-17	1-30

4. МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ДИСЦИПЛИНЫ ПО ВЫБОРУ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ» ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ОРДИНАТУРЫ 32.08.12 Эпидемиология

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Правильный ответ выделен жирным шрифтом

Компетенции: УК-1, ПК-1

1. ВЕТРЯНУЮ ОСПУ ВЫЗЫВАЕТ

- 1)риккетсия
- 2)бактерия
- 3)ДНК-содержащий вирус**
- 4)хламидия
- 5)риккетсия

Компетенции: УК-1, ПК-1

2. КОНТАГИОЗНОСТЬ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ

- 1)низкая, лишь при тесном общении с больным
- 2)средняя, возможны заболевания при единичных контактах
- 3)высокая, достаточно единичного контакта**
- 4)средняя
- 5)низкая

Компетенции: УК-1, ПК-1

3. МЕСТО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ:

- 1)кровь**
- 2)капилляры
- 3)гепатоциты
- 4)тиреоциты
- 5)остеоциты

Компетенции: УК-1, ПК-1

4. МЕСТО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ:

- 1)гепатоциты
- 2)капилляры
- 3)везикулы**
- 4)тиреоциты
- 5)остеоциты

Компетенции: УК-1, ПК-1

5. МЕСТО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ:

- 1)остеоциты
- 2)капилляры
- 3)гепатоциты
- 4)тиреоциты

5)задние корешки спинного мозга и спинномозговые ганглии

Компетенции: УК-1, ПК-1

6. НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ:

- 1)чаще постепенное, в течение 1-2 дней, субфебрильная температура
- 2) чаще острое, в течение нескольких часов**
- 3)чаще острейшее, сопровождается инфекционно-токсическим шоком
- 4)всегда острое, с гипертермией
- 5)с длительного субфебрилитета

Компетенции: УК-1, ПК-1

7. ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ В РАЗГАРЕ БОЛЕЗНИ

- 1)субфебрилитет, гепатоспленомегалия, энцефалопатия
- 2)лихорадка, гепатоспленомегалия,
- 3)лихорадка, интоксикация, гепатоспленомегалия, лимфаденит, геморрагии на коже
- 4)умеренная интоксикация, субфебрилитет, везикулезная сыпь**
- 5) высокая лихорадка, поражение почек

Компетенции: УК-1, ПК-1

8. СЫПЬ НА КОЖЕ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ:

- 1)встречается крайне редко
- 2)встречается постоянно**
- 3)встречается у небольшой части больных
- 4)не встречается
- 5)сыпи не бывает

Компетенции: УК-1, ПК-1

9. ХАРАКТЕР СЫПИ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ:

- 1)геморрагическая
- 2)везикулезная**
- 3)розеолезная
- 4)петехиальная
- 5)уртикарная

Компетенции: УК-1, ПК-1

10. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ:

- 1)1-2 недели
- 2)5-10 дней**
- 3)2-3 недели
- 4)1-2 дня
- 5)15-20 дней

Компетенции: УК-1, ПК-1

11. ХАРАКТЕР ЭКЗАНТЕМЫ ПРИ КОРИ

- 1)геморрагическая
- 2)везикулезная
- 3)пятнисто-папулезная**
- 4)пятнисто-розеолезная
- 5)пустулезная

Компетенции: УК-1, ПК-1

12. ЭТАПНОСТЬ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ КОРИ

- 1)начинается с лица, затем распространяется на грудь, руки, затем – на ноги**
- 2)одновременно по всему телу
- 3)начинается с лица, затем распространяется на грудь, ноги на гиперемизированной коже
- 4)поражаются только сгибательные поверхности рук

5)поражается только стопы ног

Компетенции: УК-1, ПК-1

13. ОСЛОЖНЕНИЕ КОРИ

1)гнойные поражения кожи

2)пневмония

3)миокардит

4)отек легких

5)кератит

Компетенции: УК-1, ПК-1

14. ОСЛОЖНЕНИЕ КОРИ

1)конъюнктивит

2)гнойные поражения кожи

3)миокардит

4)отек легких

5)кератит

Компетенции: УК-1, ПК-1

15. ОСЛОЖНЕНИЕ КОРИ

1)гнойные поражения кожи

2)отек легких

3)миокардит

4)миокардит

5)кератит

Компетенции: УК-1, ПК-1

ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ

Компетенции: УК-1, ПК-1

1. Корь. Определение. Этиология.Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика

Компетенции: УК-1, ПК-1

2. Краснуха. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.

Профилактика

Компетенции: УК-1, ПК-1

3. Скарлатина. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.

Профилактика

Компетенции: УК-1, ПК-1

4. Энтеровирусная инфекция. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения.

Лечение. Профилактика.

Компетенции: УК-1, ПК-1

5. Герпетическая инфекция 1 типа. Определение. Этиология.Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Осложнения. Лечение. Профилактика

Компетенции: УК-1, ПК-1

6. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Осложнения. Лечение. Профилактика

Компетенции: УК-1, ПК-1

7. Герпетическая инфекция 3 типа. Определение. Этиология. Эпидемиология

Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Осложнения. Лечение. Профилактика

Компетенции: УК-1, ПК-1

8. ВИЧ-инфекция. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика.
Компетенции: УК-1, ПК-1
9. Оппортунистические инфекции при ВИЧ-инфекции. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика
Компетенции: УК-1, ПК-1
10. Парагрипп. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика
Компетенции: УК-1, ПК-1
11. Грипп. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика.
Компетенции: УК-1, ПК-1
12. Аденовирусная инфекция. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика.
Компетенции: УК-1, ПК-1
13. Сибирская язва. Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Особенности профилактики.
Компетенции: УК-1, ПК-1
14. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Характеристика эпидемиологических особенностей. Особенности возбудителя. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика Особенности работы с COVID-19. Вакцинопрофилактика.
Компетенции: УК-1, ПК-1
15. Ветряная оспа . Определение. Этиология. Эпидемиология Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика.

АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Компетенции: УК-1, ПК-1

1. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при кори.

Компетенции: УК-1, ПК-1

2. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при ветряной оспе

Компетенции: УК-1, ПК-1

3. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при краснухе

Компетенции: УК-1, ПК-1

4. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при опоясывающем герпесе

Компетенции: УК-1, ПК-1

5. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при аденовирусной инфекции

Компетенции: УК-1, ПК-1

6. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при ветряной оспе

Компетенции: УК-1, ПК-1

7. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при ВИЧ-инфекции

Компетенции: УК-1, ПК-1

8. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при парагриппе

Компетенции: УК-1, ПК-1

9. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при гриппе

Компетенции: УК-1, ПК-1

10. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований при COVID-19

Компетенции: УК-1, ПК-1

11. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при простом герпесе

Компетенции: УК-1, ПК-1

12. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований и инструментального обследования при энтеровирусной инфекции

Компетенции: УК-1, ПК-1

13. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований при оппортунистических инфекциях при ВИЧ-инфекции (цитомегаловирусная инфекция)

Компетенции: УК-1, ПК-1

14. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований при лептоспирозе

Компетенции: УК-1, ПК-1

15. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований при сибирской язве

Компетенции: УК-1, ПК-1

16. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований при оппортунистических инфекциях при ВИЧ-инфекции (токсоплазмоз)

Компетенции: УК-1, ПК-1

17. Особенности осмотра больного, методика определения и интерпретация результатов лабораторных исследований при скарлатине.

ЗАДАЧИ (задания открытого типа)

Дайте ответы на вопросы задачи.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

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

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Решите вопрос о необходимости госпитализации.

Эталон ответов

1. Диагноз «корь, катаральный период» ставится на основании выраженной интоксикации, катаральных явлений, грубого кашля, гиперемии и отечности лица, конъюнктив, век, светобоязни, отечности и рыхлости слизистой оболочки полости рта, пятен Бельского-Филатова-Коплика.
2. В катаральном периоде дифференциальную диагностику приходится проводить с гриппом, парагриппом, аденовирусной инфекцией. Решающее значение имеет вид слизистой оболочки полости рта. При ОРВИ она чистая, бледно-розовая, влажная, изредка бывает энантема на мягком небе, отсутствует симптом Бельского-Филатова-Коплика. Важным признаком является конъюнктивит, при кори возникающий на 2–3-й день болезни, протекающий со светобоязнью, слезотечением, гиперемией и инфильтрацией век, что не свойственно ОРВИ.
3. С учетом тяжести течения кори у взрослых следует госпитализировать больного.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

Больной П., 19 лет, военнослужащий. Жалуется на слабость, головную боль, ломоту в теле, кашель насморк, слезотечение, сыпь на коже.

Болен 4-ый день. Заболевание началось остро, с кашля, боли в горле, температура - 38⁰С, насморка, охриплости голоса.

В последующие дни - появилась папулезная сыпь на лице, шее. Лицо одутловато, конъюнктивит, склерит, зев гиперемирован. На внутренних поверхностях щек, напротив коренных зубов - белесоватые наложения, напоминающие манную крупу. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме. Менингеальных симптомов нет. Госпитализирован.

В дальнейшем в течение 2-х дней сыпь распространилась на грудь, плечи, туловище, ноги.

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. Корь.
2. Контакт с подобными больными, посещение детских учреждений с детьми.
3. Краснуха и др. инфекционные эритемы.
4. Общеклинические методы обследования. Для ретроспективной диагностики - РТГА, РСК. Вирусологический метод флуоресценции (определение антигена)
5. Специфического лечения нет. Назначают лейкоинтерферон, при тяжелом течении - противокоревой иммуноглобулин, симптоматические средства.
6. Направление в инфекционную больницу, извещение в ГЦСЭН.
7. Санитарно-просветительная работа. Посылка экстренного извещения в ГЦСЭН.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 3

Компетенции: УК-1, ПК-1

Студентка 5-го курса медицинского института 24 лет, беременная 4–6 недель, заболела 21.10: появились небольшой насморк, боль в горле и кашель, температура повысилась до 38,2⁰С. Самостоятельно обнаружила на шее увеличенные лимфоузлы. Предположила начинающуюся ангину и стала принимать ампициллин. На следующий день заметила на

теле и руках мелкопятнистую сыпь, температура повысилась до 38,5°C. Вызванный на дом врач поставил диагноз «инфекционный мононуклеоз, аллергическая реакция на ампициллин». При осмотре на 4-й день болезни: температура нормальная, гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, сыпь на теле, преимущественно на спине, груди, бледная, пятнисто-папулезного характера. Состояние расценено как реконвалесценция. На 5-й день болезни появились боли в коленных и в мелких суставах пальцев рук и ног. Обратилась к врачу. При осмотре: температура нормальная, сохраняется легкая гиперемия дужек, следы сыпи на теле, коленные, голеностопные суставы и суставы кистей рук слегка отечны, умеренно болезненные при движении. Увеличены заднешейные и затылочные лимфоузлы. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Чем обусловлена вторая волна болезни?
3. Какова тактика ведения больной?

Эталон ответов:

1. Краснуха, среднетяжелое течение, осложнение – полиартрит.
Основания: умеренные интоксикационные и катаральные синдромы, появление сыпи на 2-й день болезни, увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов. В период реконвалесценции боли в суставах.
2. Вторая волна болезни обусловлена полиартритом, осложнившим краснуху.
3. Лечение можно осуществлять на дому симптоматическими средствами. Полиартрит лечат нестероидными противовоспалительными препаратами. Учитывая ранний срок беременности, следует подтвердить диагноз краснухи (ИФА, ПЦР) и решить вопрос о прерывании беременности с гинекологом.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

Бригада скорой помощи 20.01 была вызвана к больной С. 29 лет. Врач нашел больную без сознания. Со слов родственников стало известно, что 13.01 больная отметила слабость, головную боль, насморк, светобоязнь, температура тела поднялась до 38,2°C. Принимала анальгин. 15.01 утром появилась сыпь на туловище, а к вечеру – на верхних и нижних конечностях. Отметила дискомфорт в затылочной области. Вызванный участковый врач поставил диагноз «ОРЗ, медикаментозная сыпь». Назначена десенсибилизирующая терапия. С 3-го дня болезни температура начала снижаться и к 5-му дню болезни нормализовалась. В это же время сыпь побледнела и к 5-му дню угасла, не оставив следов. Утром 20.01 вновь поднялась температура до 38,5°C, появилась неадекватность поведения, началась рвота, развились судороги.

При осмотре: состояние тяжелое, сознание отсутствует. Кожа чистая. Увеличены затылочные и заднешейные лимфатические узлы. Дыхание ритмичное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс 60 уд/мин. АД 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Реакция зрачков на свет снижена, D > S. Легкая сглаженность носогубной складки слева. Положительные симптомы Гордона, Оппенгейма слева, положительный ладонно-подбородочный рефлекс справа. Ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $3,1 \times 10^9/л$, лимфоциты 67, СОЭ 12 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Каков прогноз заболевания?

Эталон ответов:

1. Краснуха, менингоэнцефалит, тяжелое течение болезни. Диагноз поставлен на основании характерной клиники (лихорадка, катаральные явления, сыпь, увеличение затылочных лимфатических узлов, внезапное повышение температуры на 8-й день болезни, судороги и потеря сознания, рвота).

2. Для подтверждения диагноза показана люмбальная пункция с исследованием ЦБЖ. В крови обнаруживают антитела класса IgM или 4-кратное нарастание титра общих антител к вирусу краснухи. Лечение – патогенетическое, борьба с отеком мозга путем применения салуретиков и дексазона.
3. Прогноз неблагоприятный. Летальность достигает 20–40%.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 5

Компетенции: УК-1, ПК-1

В студенческую поликлинику обратился учащийся вуза 22 лет, проживающий в общежитии, с жалобами на повышенную температуру тела, головную боль, боль в горле, сыпь на теле, сопровождающуюся зудом. Считает себя больным с утра 08.09, когда почувствовал озноб, сильную головную боль, боль в горле при глотании. Температура тела повысилась до 39,7°C, однократно была рвота. Врач обнаружил «налеты» на миндалинах, диагностировал фолликулярную ангину и назначил эритромицин. К вечеру на туловище и конечностях появилась сыпь. Больной обратился к врачу поликлиники повторно 09.09.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,2°C. На гиперемизированном фоне кожи туловища и конечностей обильная мелкоточечная сыпь с максимальной насыщенностью в области подмышечных впадин, локтевых сгибов, паховых складок, в нижнем отделе живота. Белый дермографизм. Носогубный треугольник бледный. Слизистая оболочка миндалин, дужек, язычка, мягкого неба ярко-красного цвета, гиперемия четко отграничена. Миндалины увеличены до I–II степени, справа в лакуне рыхлые наложения. Тонзиллярные лимфатические узлы увеличены и болезненны. В легких изменений не выявлено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 92 уд/мин. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Менингеальных явлений нет.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Решите вопрос о необходимости госпитализации.
3. Тактика лечения больного.
4. Дайте оценку действиям врача поликлиники.

Эталон ответов:

1. Скарлатина, среднетяжелая форма. Основания: четко выраженная триада симптомов – интоксикация, тонзиллит с характерной гиперемией слизистой оболочки ротоглотки и мелкоточечная сыпь с 1-го дня болезни со сгущением в естественных складках кожи (симптом Пастиа), на сгибательных поверхностях рук, в нижней части живота.
2. Госпитализация по эпидемиологическим и клиническим показаниям.
3. Этиотропная терапия (антибиотики пенициллинового ряда, цефалоспорины, макролиды). Кроме антибиотиков, используют дезинтоксикационные, десенсибилизирующие и другие патогенетические средства.
4. Врачу нужно было провести дифференциальную диагностику с дифтерией, убедиться в том, что это не налет, а наложения, и назначить посев слизи из ротоглотки на VL.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 6

Компетенции: УК-1, ПК-1

Больная С. 37 лет 28.08 имела контакт с больным ребенком, находившимся в стационаре с неопределенным диагнозом (краснуха либо скарлатина). Заболела 01.09 остро, болезнь началась с подъема температуры до 39°C, боли в горле, многократной рвоты, сильной головной боли. К концу первого дня болезни появилась сыпь. Врачом поликлиники диагностирована краснуха. Принимала панадол, супрастин. Состояние не улучшалось. На третий день болезни госпитализирована с диагнозом «краснуха, тяжелое течение». При поступлении в стационар состояние очень тяжелое. Стонет. Лицо бледное. На коже туловища и конечностей обильная мелкая сыпь с выраженным геморрагическим компонентом, наиболее обильная в подмышечных впадинах, подколенных ямках, паховых складках, в области локтевых сгибов. Некротическая ангина, «малиновый» язык.

Значительно увеличены и болезненны подчелюстные лимфоузлы. Заднешейные и затылочные лимфоузлы не пальпируются. АД 50/30 мм рт. ст., пульс 98 уд/мин, слабого наполнения. За сутки выделено 300 мл мочи.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите осложнение.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.

Эталон ответов:

1. Скарлатина, тяжелая форма.
2. Инфекционно-токсический шок II–III степени.
3. Против диагноза «краснуха» – выраженность интоксикации, ангина, «малиновый» язык, локализация сыпи с наибольшей интенсивностью в естественных складках кожи.
4. Экстренная госпитализация в отделение реанимации. Оксигенотерапия. Инфузии свежезамороженной плазмы, 5–10% раствор альбумина 200 мл, 5% раствор глюкозы с инсулином и калием, кортикостероиды (1–2 мг/кг в сутки), 0,05% строфантин 1 мл, глюкозо-новокаиновая смесь, допамин 4–5 мкг/кг массы тела в минуту до стабилизации АД.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 7

Компетенции: УК-1, ПК-1

Больная В. 16 лет, учащаяся, живет в общежитии. Вызвала врача поликлиники 5.09 в связи с плохим самочувствием, сильной головной болью, болью в мышцах шеи, спины и в горле, слабостью. Заболела 4.09, когда температура поднялась до 39,8°C, появилась головная боль, небольшая боль при глотании, боль в животе. 5.09 дважды была рвота. При осмотре отмечена гиперемия лица и слизистой ротоглотки, были видны мелкие (величиной с булавочную головку) папулы в количестве 10–15, которые располагались на слизистой мягкого неба, язычка и миндалин. Со стороны органов дыхания и кровообращения изменений нет. Пульс 90 ударов в минуту. Аппетит сохранен. Живот слегка болезненный в области пупка. Печень и селезенка увеличены, пальпируются у края реберной дуги. Стул 2 раза, кашицеобразный. Врач диагностировал ОРЗ и рекомендовал аналгин, витамины. При осмотре больной на следующий день на слизистой ротоглотки на месте папул были обнаружены мелкие афты, местами сливавшиеся. Самочувствие больной не ухудшалось, хотя температура держалась на прежних цифрах. Эпиданамнез: соседка по комнате 10 дней тому назад болела в течение 3 дней «гриппом» (беспокоили боли при глотании, боли во всем теле и высокая температура, которая через 3 дня снизилась до нормальных цифр, в связи с чем к врачу она не обращалась).

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

Вопросы:

1. Согласны ли Вы с направительным диагнозом врача поликлиники? Ваш диагноз?
2. Что необходимо сделать для подтверждения диагноза?
3. Тактика ведения больной.

Эталон ответов:

1. Учитывая острое начало болезни, интенсивную головную боль, боли в животе и в горле при глотании, рвоту, небольшую гиперемию лица, а также гиперемию слизистой ротоглотки, на фоне которой видны ограниченные, величиной с булавочную головку папулы, расположенные на слизистой мягкого неба, язычка и миндалин, превращение этих папул в мелкие язвочки, местами сливные, образующие более крупные язвы, нерезкую интоксикацию, а также данные эпиданамнеза, можно предположить энтеровирусную болезнь, герпетическую ангину.
2. Для подтверждения диагноза необходимо провести серологические исследования с целью выявления специфических антител.
3. Этиотропная терапия не разработана. Проводят патогенетическую и симптоматическую терапию (постельный режим, обильное питье или внутривенное введение растворов кристаллоидов и коллоидов, полоскание ротоглотки растворами марганцевокислого калия, фурацилином, настоями трав, а также введение витаминов

группы В, аскорбиновой кислоты).

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 8

Компетенции: УК-1, ПК-1

Больной К. 21 года поступил в конце августа в инфекционную больницу на 3-й день болезни с диагнозом «грипп, аллергическая реакция на сульфаниламидные препараты».

Заболел остро. Появились озноб, головная боль, больше в области лба, боли в спине, в мышцах грудной клетки, бедер, а также небольшая боль при глотании. Температура поднялась до 38,2°C, была однократная рвота. Вызвал участкового врача, который диагностировал грипп и назначил сульфадиметоксин. На вторые сутки у больного на коже лица, туловища и конечностей появилась сыпь. Вновь вызванный врач госпитализировал больного с диагнозом «краснуха». При поступлении состояние средней тяжести. Конъюнктивит. При осмотре слизистой ротоглотки обнаружена пятнистая энантема. На коже лица, туловища и конечностей видна пятнисто-папулезная сыпь. Пальпируются увеличенные заднешейные лимфатические узлы. Со стороны органов дыхания отклонений нет. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 88 ударов в минуту. Температура 37,8°C. Appetit снижен. Язык умеренно обложен беловато-желтоватым налетом, больше у корня. Печень и селезенка не пальпируются. Стул 3 раза за день, разжиженный. Отмечена небольшая болезненность при пальпации мышц бедер. Менингеальных явлений нет. Заподозрена экссудативная эритема, назначены десенсибилизирующие средства. В последующие 2 дня температура нормализовалась. Сыпь бесследно исчезла. Состояние больного удовлетворительное.

Из анамнеза известно, что за 7 дней до начала болезни больной навещал приятеля, которому поставили диагноз краснухи.

Вопросы:

1. О какой болезни необходимо подумать?
2. Есть ли данные за грипп, полиморфную экссудативную эритему? Проведите дифференциальную диагностику.
3. Дайте оценку действиям врачей поликлиники и стационара.

Эталон ответов:

1. Учитывая острое начало, лихорадку, головную боль, боли в мышцах спины, грудной клетки, бедер, появление на 2-й день болезни на коже лица, туловища и конечностей пятнисто-папулезной сыпи, увеличение заднешейных лимфоузлов (безболезненных при пальпации), конъюнктивит и энантему, а также данные эпиданамнеза, можно думать об энтеровирусной болезни.
2. Против гриппа – отсутствие выраженной интоксикации, заложенности носа, выделений из носа, сухого кашля, чувства царапанья и боли за грудиной. При этом необходимо учитывать время заболевания – август, когда мала вероятность заболевания гриппом. Против диагноза «полиморфная экссудативная эритема» говорят время появления сыпи и ее характер. Сыпь у больного появилась на 2-й день болезни, а при полиморфной экссудативной эритеме сыпь появляется обычно на 4–6-й день болезни на симметричных участках тыльной поверхности кистей, предплечий и плеч, стоп и голеней, реже на лице, имеет полиморфный характер (одновременное присутствие пятен, папул, пузырей).
3. Участковый врач поступил правильно, госпитализировав больного, однако, учитывая наличие типичных симптомов, он имел основание предположить энтеровирусную болезнь.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 9

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 ответов:

1. ГИ-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 10

Компетенции: УК-1, ПК-1

В нейроинфекционное отделение поступил больной Ш. 34 лет, слесарь. При поступлении жаловался на упорную головную боль, повышение температуры тела до 38°C. Болен в течение нескольких дней. Заболевание началось остро, с повышения температуры, беспокоили головная боль, слабость, боль в мышцах, дважды была рвота. Обратился к участковому врачу. При осмотре был выявлен менингеальный синдром без какой-либо другой выраженной патологии со стороны внутренних органов. С подозрением на менингит пациент госпитализирован в инфекционную больницу.

Объективно: состояние средней тяжести. В области головки полового члена имеются множественные мелкие, местами сгруппированные везикулы на эритематозном основании. На губах подсыхающие герпетические высыпания, которые наблюдаются у больного периодически в течение многих лет. Увеличены и болезненны паховые лимфоузлы. В легких и сердце без патологии. Поколачивание по области почек безболезненное. Выявлена небольшая ригидность мышц затылка, симптом Кернига слабopоложительный. С диагностической целью произведена люмбальная пункция, получен прозрачный ликвор под давлением 180 мм вод. ст. Цитоз 100 кл. в 1 мм³, 80% лимфоцитов. Уровни белка и сахара в пределах нормы. При анализе крови и мочи изменений не выявлено. Из эпиданамнеза: жена больного страдает генитальным герпесом, лечится от бесплодия.

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Тактика ведения больного.

Эталон ответов

1. Больной, по-видимому, страдает ГИ, вызванной двумя типами вирусов: ВПГ-1 и ВПГ-2. В пользу ГИ, вызванной ВПГ-1, свидетельствуют герпетические высыпания на губах и развитие серозного менингита. В пользу ГИ, вызванной ВПГ-2, – наличие генитального герпеса у больного и его жены. Как правило, ВПГ-2 не вызывает поражение ЦНС.

2. Для подтверждения диагноза определяют наличие антигенов ВПГ в соскобах с везикул, в секрете из уретры методом иммунофлюоресценции. Методами РСК, РЭМА, РИФ выявляют антитела в сыворотке крови и ликворе в динамике.
3. В план лечения следует включить ацикловир внутривенно по 250 мг 3 раза в сутки в течение 5–7 дней, а также дезинтоксикационную и дегидратационную терапию. Местно применяют хелепин, алпизарин, ацикловир (аппликации мази).

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 11

Компетенции: УК-1, ПК-1

Больной К. 20 лет, студент вуза, вызвал врача на дом 23.08. Жалобы на высокую температуру, высыпания на лице, теле, конечностях. Заболел 21.08: почувствовал слабость, недомогание, температура тела повысилась до 37,4°C. На следующий день состояние ухудшилось. Температура тела поднялась до 38,5°C, появилась головная боль, 1 раз была рвота. К вечеру заметил единичные элементы сыпи на лице. 23.08 элементов сыпи стало больше, сыпь распространилась на туловище и конечности. В связи с плохим самочувствием был вызван участковый врач.

Из эпиданамнеза: 2 недели назад был в гостях у родственников, у племянника 7 лет была ветряная оспа. Ранее ветряной оспой не болел. Живет с родителями в отдельной квартире. При осмотре: состояние средней тяжести. На коже лица, волосистой части головы, туловище и конечностях обильная, полиморфная сыпь (встречаются папулы, везикулы, пустулы). Пальпируются увеличенные затылочные и шейные лимфатические узлы. При осмотре ротоглотки на мягком и твердом небе, языке отмечаются в небольшом количестве везикулезные элементы сыпи, единичные эрозии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 80 в минуту. АД 110/60 мм Т. Ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Стул оформлен. Отмечает болезненность при мочеиспускании. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Менингеальной, очаговой неврологической симптоматики нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какими должны быть дальнейшие действия участкового врача?
3. Назначьте лечение.

Эталон ответов:

1. Диагноз: «ветряная оспа». Основания: характер развития болезни, начало с короткого продромального периода, наличие лихорадки, симптомов интоксикации, одномоментное появление полиморфной сыпи на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистой оболочке полости рта, данные эпиданамнеза (контакт с больным ветряной оспой).
2. Нужно изолировать больного. В данном случае госпитализация необязательна. Следует назначить симптоматическую терапию.
3. Симптоматическая терапия: жаропонижающие средства при высокой (выше 38,5°C) температуре тела, обильное питье, обработка везикулезных элементов сыпи на коже и эрозий в ротовой полости растворами анилиновых красителей (1–2% водным или спиртовым раствором бриллиантового зеленого, 5–10% раствором марганцевокислого калия).

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 12

Компетенции: УК-1, ПК-1

Больная Ч. 18 лет обратилась в студенческую поликлинику к терапевту с жалобами на плохое самочувствие, першение в горле, слабость, повышение температуры тела до 37,6°C. Было назначено симптоматическое лечение, дано освобождение от занятий. На следующий день больная обратилась к врачу повторно в связи с ухудшением самочувствия и появлением сыпи на лице и теле.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 38,4°C. На коже лица, волосистой части головы, туловище и конечностях обильная сыпь, на одном участке кожи

видны папулы, везикулы, пустулы. Пальпируются увеличенные шейные лимфатические узлы. При осмотре ротоглотки: слизистая оболочка умеренно гиперемирована, на мягком небе, языке единичные везикулы, эрозии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 80 в минуту. АД 100/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Стул оформлен. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Дизурических явлений нет. Менингеальной, очаговой неврологической симптоматики нет. Из анамнеза: проживает в общежитии, где отмечались аналогичные случаи.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дальнейшая тактика врача.
3. Назначьте лечение.

Эталон ответов:

1. Учитывая характер развития болезни, короткий продромальный период, наличие лихорадки, симптомов интоксикации, полиморфной сыпи на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистой оболочке половых органов, контакт с больным ветряной оспой, следует поставить диагноз «ветряная оспа».
2. Нужно изолировать больного. По эпидемиологическим показаниям обязательна госпитализация.
3. Симптоматическая терапия: жаропонижающие средства при высокой (выше 38,5°C) температуре тела, обильное питье, обработка везикулезных элементов сыпи на коже и эрозий в ротовой полости растворами анилиновых красителей (1–2% водным или спиртовым раствором бриллиантового зеленого, 5–10% раствором марганцевокислого калия).

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 13

Компетенции: УК-1, ПК-1

Больная Ж. 30 лет, официантка, обратилась к участковому терапевту с жалобами на недомогание, слабость, повышение температуры тела до 37,3°C, неприятные ощущения, жжение в области грудной клетки справа. Накануне заметила появление пузырьковых высыпаний на коже спины. В анамнезе – опоясывающий герпес 3 года назад. Наличие хронических заболеваний отрицает.

Объективно: состояние средней тяжести. Фон кожи не изменен. На спине справа под лопаткой множество везикул с прозрачным содержимым на инфильтрированном эритематозном основании площадью 4,0×4,0 см. Слизистая оболочка ротоглотки розовая, чистая. Пальпируются мелкие, слегка болезненные подмышечные лимфоузлы справа. Со стороны органов дыхания, кровообращения, пищеварительной системы патологии не выявлено. Сознание ясное. Менингеальных и очаговых неврологических симптомов нет. При исследовании крови, мочи изменений не выявлено. Результаты исследования крови на RW, ВИЧ отрицательные. Больной поставлен диагноз «опоясывающий герпес».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Эталон ответов:

1. Учитывая отсутствие выраженного болевого синдрома и признаков интоксикации, чувство жжения кожи перед появлением пузырьков с прозрачным содержимым на эритематозном инфильтрированном основании, можно думать о кожной форме ГИ.
2. При опоясывающем герпесе, в отличие от простого, обычно выражен болевой синдром (невралгии), который предшествует высыпаниям и сохраняется в течение длительного времени даже после отпадения корочек. Диагностическая ошибка возникла из-за большого сходства этих заболеваний. Однако врач должен был учесть, что опоясывающий герпес может рецидивировать только при развитии иммунодефицита того или иного генеза, в связи с чем больная должна быть обследована на ВИЧ-инфекцию.

3. Необходимо местное применение 5% мази ацикловир (4–5 аппликаций в день в течение 5–7 дней). Внутрь ацикловир (зовиракс) по 200 мг 5 раз в день, 5 дней.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 14

Компетенции: УК-1, ПК-1

Больная П., 62 года, заболела остро: возникли озноб, головная боль, чувство сильного жжения в подлопаточной области, резкие боли при дыхании в этой области. Самостоятельно принимала аспирин, тетрациклин - облегчения не наступило. На 3-ий 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 15

Компетенции: УК-1, ПК-1

Больной Ш., 39 лет, учитель физкультуры, состоит на диспансерном учете в городском центре профилактики и борьбы со СПИДом 7 лет. В течение последнего года перенес пневмоцистную пневмонию и два рецидива герпетической инфекции (опоясывающий лишай). Два месяца назад стал чувствовать нарастающую слабость в ногах, затем присоединились боль и чувство онемения в стопах и голени, 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 16

Компетенции: УК-1, ПК-1

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

Заболел остро, 5-6 дней назад, когда появилась общая слабость, недомогание, тошнота, тяжесть в правом подреберье. Все дни ходил на работу, однако сегодня усилилась слабость, и он обратился к врачу

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.

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.- 5×10^{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. 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, желтух 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, желательна 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 17

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°С. 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 18

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 не отягощен.

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, Эритроц. $4,2 \cdot 10^{12}$ /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, билирубин - 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, среднетяжкое течение. Диагноз: Острая респираторно-вирусная инфекция, среднетяжкая 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 Роспотребнадзора 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 19

Компетенции : УК-1, ПК-1

Больная К., 35 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, боль в горле, заложенность носа. Заболела остро 2 недели назад, лечилась народными средствами – без выраженного эффекта. Врач поликлиники при осмотре обратил внимание на значительное увеличение затылочных, заднешейных, подчелюстных, подмышечных и даже локтевых лимфатических узлов, гиперемию задней стенки глотки, умеренное увеличение миндалин, затруднение носового дыхания, умеренное увеличение и болезненность печени при пальпации. При сборе эпиданамнеза выяснил, что больная в течение трех месяцев имеет полового партнера – безработного, ранее длительно употреблявшего наркотики. Врач назначил лабораторное обследование (реакция Хоффа-Бауэра и исследование на антитела к ВИЧ). Больная вновь пришла на прием через неделю: температура 37°C , лимфоузлы по-прежнему увеличены, сохраняются боль в горле, затруднение носового дыхания. В крови обнаружены антитела к ВИЧ. Врач госпитализировал больную с диагнозом «СПИД».

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Согласны ли Вы с диагнозом врача поликлиники?
3. Какой должна быть дальнейшая тактика?

Эталон ответов:

1. ВИЧ-инфекция, стадия ПБ (острая инфекция: мононуклеозоподобный синдром).
2. Врач поликлиники ошибся при определении стадии ВИЧ-инфекции: СПИД – это поздние стадии ВИЧ-инфекции (IVB-V), которым свойственны симптомы оппортунистических поражений. У больной имеет место мононуклеозоподобный синдром, развивающийся во время острой ВИЧ-инфекции (стадия ПБ). Данные анамнеза свидетельствуют о недавнем заражении – не более 3 месяцев назад.
3. Проведение консультирования, направление в центр профилактики и борьбы со СПИДом для дальнейшего лабораторного исследования с целью подтверждения ВИЧ-инфекции, изучения иммунного статуса, постановки на учет для дальнейшего диспансерного наблюдения.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 20

Компетенции: УК-1, ПК-1

В неврологическое отделение больницы вызвана бригада скорой помощи к больному 32 лет. Состояние тяжелое, сознание спутано, бледен, цианоз носогубного треугольника, температура тела 38°C , периодически отмечаются рвота, судороги. Со слов родственников, болен давно – около месяца назад стал жаловаться на периодически нарастающую головную боль, слабость; две недели назад стала повышаться температура до $37,5-38^{\circ}\text{C}$,

появились шаткость походки, головокружение. Перестал ходить на работу. Неделю назад появились слуховые галлюцинации, в течение последних дней – рвота.

Больной был проконсультирован районным невропатологом, который выявил наличие очаговой симптоматики и рекомендовал срочную госпитализацию. В отделении на фоне патогенетической терапии состояние продолжало ухудшаться. При проведении компьютерной томографии мозга обнаружен округлый очаг уплотнения в коре правого полушария, окруженный отеком. Получен положительный результат исследования крови на антитела к ВИЧ (кровь взяли при поступлении в отделение). Бригадой скорой помощи больной был доставлен в отделение для больных ВИЧ-инфекцией. При исследовании иммунного статуса выявлено снижение числа CD4-лимфоцитов – $0,06 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какое вторичное заболевание необходимо исключить в первую очередь?
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие исследования следует провести для подтверждения диагноза?
4. Определите лечебную тактику.

Эталон ответов:

1. Постепенное нарастание клинических симптомов (головная боль, повышение температуры тела, галлюцинации, нарушение сознания, наличие очаговых неврологических симптомов), обнаружение очага уплотнения в головном мозге, выявленное при проведении компьютерной томографии, у больного ВИЧ-инфекцией со снижением числа CD4-лимфоцитов до $0,06 \times 10^9/\text{л}$, в первую очередь, требует исключения церебрального токсоплазмоза. Дифференцировать с лимфомой мозга, грибковым абсцессом.
2. ВИЧ-инфекция, стадия вторичных проявлений IVB (СПИД) в фазе прогрессирования: церебральный токсоплазмоз.
3. Эффективных лабораторных методов в настоящее время не существует.
4. В первую очередь, необходимо достичь клинического улучшения: следует начать лечение токсоплазмоза (фансидар, патогенетическое лечение), которое проводится длительно (улучшение состояния происходит не ранее 2–4 недель от начала терапии) – несколько недель и даже месяцев, под контролем КТ (рассасывание очага). В дальнейшем переходят на поддерживающую терапию с включением ВААРТ.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 21

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 IVB (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 $37,5-38^\circ\text{C}$, 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 IVB (СПИД) в фазе прогрессирования, генерализованный туберкулез.

3. Тактика лечения определяется тяжестью течения и формой болезни совместно с фтизиатром.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 22

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 гиперемирована, 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 23

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 мазка 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 24

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 инъектированы. 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 25

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 37,2°C. Левая голень резко отечна, отек распространился на стопу, бедро, пальпация его безболезненна. Симптом Стефанского положительный. Кожа пораженной конечности гиперемирована. В нижней трети левой голени на медиальной поверхности имеется безболезненное возвышающееся над кожей образование с черной, запавшей в центре коркой, вокруг которого имеется воспалительный валик красного цвета, на котором расположены мелкие пузырьки, наполненные геморрагическим содержимым. Пальпируются подкожные, бедренные, паховые лимфоузлы, малоболлезненные. Тоны сердца приглушены. Пульс-120 уд/мин., ритмичный. Дыхание везикулярное. АД-140/80 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.-3,8x10¹²/л, Нв-130г/л, Лц.-8,7x10⁹/л, Эоз-2, П-8, С-56, Лм-33, Мон-1, СОЭ-20 мм/час. Моча: уд. вес-1015, белок-следы, Лц.-1-3 в п/зрения.

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 26

Компетенции: УК-1, ПК-1

Больной Ф. 48 лет, оториноларинголог, заболел 19.06, когда на фоне удовлетворительного общего самочувствия отметил ощущение инородного тела, песка в глазах, умеренное слезотечение, светобоязнь. В последующие 4 дня отмечал усугубление симптомов, самостоятельно промывал глаза отваром ромашки, принимал супрастин (без существенного эффекта). Обратился к окулисту.

Объективно: больной часто моргает, кожа в области наружных углов глаз мацерирована, умеренное количество серозного отделяемого из глаз. Веки умеренно отечны. Гиперемия, отечность, зернистость конъюнктивы. Гнойного отделяемого, пленок нет. На роговице правого глаза один мелкий округлый очаг помутнения.

Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Из анамнеза: за 2 недели до заболевания пациент приобрел собаку, с чем и связывает болезнь.

Диагностирован аллергический конъюнктивит, назначены капли с дексаметазоном, пролонгированный антигистаминный препарат «Зиртек», больной направлен на консультацию к аллергологу.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику. Дайте оценку действиям окулиста.
3. Составьте план ведения больного. Каков прогноз течения болезни?

Эталон ответов:

К задаче 1

1. Наличие признаков кератоконъюнктивита (гиперемия и умеренная отечность конъюнктив, зернистость слизистой оболочки, серозное отделяемое, очаг помутнения роговицы), возраст больного (48 лет), профессиональный анамнез (ЛОР-врач) позволяют заподозрить эпидемический кератоконъюнктивит аденовирусной природы.
2. Об аллергическом конъюнктивите в данном случае могут говорить катаральный характер конъюнктивита и контакт с животным. Однако для конъюнктивита аллергической природы характерно наличие других признаков аллергии: зуд в области наружного слухового прохода, мягкого неба, ринорея. У данного больного этих признаков нет, поэтому аллергический конъюнктивит маловероятен. Кроме того, имеется очаг помутнения роговицы, свидетельствующий о кератоконъюнктивите, что прежде всего заставляет думать о вирусной природе заболевания. Врач должен был назначить соответствующее обследование и избрать иную схему лечения.
3. Дальнейшее обследование и лечение у окулиста. Длительность заболевания достигает нескольких месяцев. Прогноз аденовирусного кератоконъюнктивита обычно благоприятный, в некоторых случаях возможно снижение остроты зрения.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 27

Компетенции: УК-1, ПК-1

Больная Н. 19 лет, студентка, заболела остро 18.10 – появились слабость, насморк, сухой кашель, «першение» в горле, температура повысилась до 38,0°C. На следующий день появилось «ощущение песка» в правом глазу, отметила гиперемию конъюнктивы справа, слезотечение. Обратилась к врачу студенческой поликлиники. Назначены софрадекс, полоскание горла, обильное питье и поливитамины. Улучшение не наступало, сохранялись прежние симптомы с лихорадкой до 38,5°C, появились боли в горле при глотании, на 4 й день болезни на конъюнктиве правого глаза появилась пленка, отметила слезотечение и покраснение левого глаза. Повторно обратилась к врачу, госпитализирована с диагнозом «дифтерия глаза».

Из эпидемиологического анамнеза: в группе студентов были случаи ОРВИ.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура 38,7°C. Яркая гиперемия и отечность конъюнктивы, отек век, более выраженные справа. На конъюнктиве правого

глаза пленка белого цвета (снимается с трудом), серозное отделяемое из глаз, больше справа. Пальпируется эластичный преаурикулярный лимфатический узел справа, до 0,7 см. Носовое дыхание несколько затруднено, небольшое количество слизистого отделяемого из носа.

Гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, задней стенки глотки. Миндалины увеличены (1–2 ст.), в лакунах небольшое количество наложений желтоватого цвета, снимающихся шпателем. На задней стенке глотки увеличенные лимфатические фолликулы.

Подчелюстные и заднешейные лимфатические узлы эластичные, чувствительные при пальпации, увеличены до 1,5–2 см. Отмечается умеренное увеличение печени и селезенки. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

В клетках цилиндрического эпителия в назофарингеальных мазках методом иммунофлюоресценции выявлен антиген аденовируса 3 го типа.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, укажите форму болезни.
2. Проведите дифференциальную диагностику. Дайте оценку работе врача поликлиники.
3. Составьте план обследования и лечения.
4. Достаточно ли положительного результата МИФ для постановки диагноза?

Эталон ответов:

1. Учитывая острое начало заболевания, наличие умеренно выраженных признаков интоксикации, сочетание признаков назофарингита и конъюнктивита (сначала одностороннего, а затем двустороннего, пленчатого), лимфаденопатию, гепатолиенальный синдром, молодой возраст больной, случаи заболевания среди студентов в группе, обнаружение антигена аденовируса 3 типа в клетках цилиндрического эпителия носа методом ИФ, можно предположить аденовирусную инфекцию, фарингоконъюнктивальную лихорадку.

2. Врач поликлиники был прав, заподозрив дифтерию. В случае пленчатого конъюнктивита обязательно проведение дифференциальной диагностики с дифтерией глаза, которой свойственны резкий отек век, сукровичный характер отделяемого конъюнктивы, отсутствие преаурикулярной аденопатии. Однако у данной больной перечисленных симптомов нет, а имеются полиаденопатия, гепатолиенальный синдром, преаурикулярный лимфаденит, что с учетом данных ИФ позволяет диагностировать аденовирусную инфекцию. На начальном этапе при наличии катарального конъюнктивита было необоснованным назначение софрадекса, так как при вирусных болезнях глаз этот препарат противопоказан.

3. Посев отделяемого конъюнктивы и слизи из ротоглотки на VL. Консультация окулиста и лечение конъюнктивита совместно с окулистом (см. ответ на вопрос для самоконтроля № 7). Симптоматическое и патогенетическое лечение, применяемое при ОРВИ.

4. Выделение антигенов аденовируса не является достаточным для постановки диагноза аденовирусной инфекции. Выделение аденовируса в цитоплазме методом ИФ может свидетельствовать как об острой инфекции, так и о носительстве аденовируса. Диагноз должен быть поставлен на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 28

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.-4,3x10¹²/л, Нв-110г/л, Лц.-4,2x10⁹/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, РН, 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 29

Компетенции: УК-1, ПК-1

Больная Д. 27 лет вызвала скорую помощь в связи с плохим самочувствием, сухим болезненным кашлем, насморком, затрудненным дыханием. Говорит сиплым голосом. Больна 3-й день, заболевание связывает с переохлаждением. Сначала появились першение в горле, заложенность носа, сиплый голос, затем грубый кашель. Температура тела была повышена незначительно (37,4°C). Не лечилась, т. к. не переносит многих лекарств. Ходила на работу. Сегодня ночью стало хуже, исчез голос, кашель стал болезненным, дыхание – затрудненным.

При осмотре: состояние средней тяжести. ЧДД 26 в мин. Громкий, сильный «лающий» кашель. После откашливания голос появляется, но затем снова пропадает. АД 130/90 мм

рт. ст., пульс 90 уд/мин., температура 38,0°C. В легких сухие хрипы, слизистая оболочка миндалин, дужек, задней стенки глотки неярко гиперемирована, слегка отечна. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Продифференцируйте.
3. Решите вопрос о госпитализации.
4. Назначьте обследование и лечение.

Эталон ответов:

1. Подострое начало заболевания, слабость, небольшое повышение температуры тела, кашель, насморк, осиплость голоса позволяют поставить диагноз «парагрипп». Осложнение – катаральный (ложный) круп.
2. В отличие от истинного крупа при дифтерии гортани, ложный круп развивается остро (или появляется на 2–3-й день болезни), чаще внезапно, среди ночи; дисфония имеет перемежающийся характер. Для дифтерийного крупа характерны фазовое течение, нарастание афонии в течение нескольких дней; «лающий» кашель становится беззвучным.
3. Госпитализация в отделение интенсивной терапии инфекционной больницы.
4. Консультация оториноларинголога, посев слизи из носа и ротоглотки на коринебактерию дифтерии. Лечение: десенсибилизирующие средства, антибиотики, отвлекающие процедуры.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 30

Компетенции: УК-1, ПК-1

Больная Ж., 23 года, обратилась к терапевту с жалобами на головную боль в лобной области, небольшую слабость, недомогание, насморк, сухость и першение в горле, незначительные боли в горле при глотании, охриплость голоса, сухой "лающий" кашель. Заболела 2 дня назад. С утра заметила недомогание, познабливало. Температура тела поднялась до 37,5°C, беспокоила незначительная головная боль. К вечеру присоединился жар, небольшая потливость, заложенность носа, необильные серозные выделения из носовых ходов, першение в горле. На следующий день температура 37,8°C, насморк не усилился, однако появился неприятный, сухой, надсадный кашель, изменился тембр голоса. С этого времени больная самостоятельно принимала сульфадимезин. Живет в общежитии. При осмотре общее состояние больной удовлетворительное, температура тела 37,5°C. Кожа нормальной окраски. Слизистая склер, конъюнктив немного гиперемирована, сосуды склер инъецированы. Из носа - необильное серозное отделяемое. В зеве - разлитая, довольно яркая гиперемия мягкого неба, дужек, задней стенки глотки, ее зернистость. Миндалины не увеличены. Голос охриплый, тембр снижен. В легких единичные сухие хрипы. Число дыхательных движений - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-82 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных явлений нет. Лабораторные данные: Кровь: Эр.-4,2x10¹²/л, Нв-120г/л, Лц.-4,8x10⁹/л, П-4, С-68, Лм-28, СОЭ-10 мм/час. Моча: уд.вес-1021, Лц.-ед. в п/зр.

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. Парагрипп, средней тяжести.
2. Уточнить возможность контакта с людьми, у которых были аналогичные клинические проявления в последние 3-7 дней.
3. Грипп, РС-инфекция, микоплазмоз, аденовирусная инфекция, коклюш.

4. Мазки из зева и носоглотки - на вирусы, кровь - на вирусы (парные сыворотки). Кровь - на РТГА и РСК. Иммунофлюоресцентный метод.
5. Обильное питье, сосудосуживающие капли в нос, щелочные полоскания зева, Содовые ингаляции, горчичники на грудную клетку, отхаркивающие средства.
6. Госпитализация в инфекционный стационар. Экстренное извещение в ГЦСЭН.
7. В очаге - заключительная дезинфекция: влажная уборка 5% раствором хлорамина, проветривание помещения. Контактным - смазывание оксолиновой мазью носовых ходов.

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.