

Разработчик методических указаний

Нехаев С.Г., доцент кафедры ПВБ, к.м.н.


(подпись)

СОДЕРЖАНИЕ.

	стр.
1. Введение	3
2. Нозологические формы, вынесенные на самостоятельное изучение	4
3. Правила написания рефератов	7
4. Задачи	7
5. Библиографический список	16

1.ВВЕДЕНИЕ

Введение. На самостоятельную (внеаудиторную) работу студентов по дисциплине «Инфекционные болезни» учебной программой отводится 50 часов, из них 32 часа – в 9 и 18 часов – в 10 семестре. Она состоит из изучения нозологических форм, не включенных в другие формы обучения.

На самостоятельную работу выносятся вопросы по следующим темам:

№ п/п	Наименование видов самостоятельной работы	Трудоем- кость (в академиче- ских часах)	Методические материалы
Очная форма обучения			
<i>9 семестр</i>			
1	2.1.8 Подострый склерозирующий панэнцефалит. Определение. Этиология. Основные данные о возбудителе. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы и факторы передачи. Восприимчивость взрослых и детей. Иммуитет. Патогенез, патологическая анатомия. Клиника. Инкубационный период. Основные проявления болезни. Эволюция симптомов. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Роль эпидемиологического анамнеза и эпидемиологического обследования. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.	5	9.1[1,2] 9.2[1,4,5]
2	2.1.10 Прогрессирующий краснушный панэнцефалит. Определение. Этиология. Основные данные о возбудителе. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы и факторы передачи. Восприимчивость взрослых и детей. Иммуитет. Патогенез, патологическая анатомия. Клиника. Инкубационный период. Основные проявления болезни. Эволюция симптомов. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Роль эпидемиологического анамнеза и эпидемиологического обследования. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.	5	9.1 [1,2] 9.2 [4,5]
3	2.1.11 Зоонозная оспа. Определение. Этиология. Основные данные о возбудителе. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы и факторы передачи. Восприимчивость взрослых и детей. Иммуитет. Патогенез, патологическая анатомия. Клиника. Инкубационный период. Основные проявления болезни. Эволюция симптомов. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Роль эпидемиологического анамнеза и эпидемиологического обследования. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.	5	9.1 [1,2] 9.2 [4,5]
4	2.1.12 Лептоспироз. Определение. Этиология. Основные данные о возбудителе. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы и факторы передачи. Восприимчивость взрослых и детей. Иммуитет. Патогенез, патологическая анатомия. Клиника. Инкубационный период. Основные проявления болезни. Эволюция симптомов. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Роль эпидемиологического анамнеза и эпидемиологического обследования. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.	5	9.1 [1,2] 9.2 [1,3,5]

5	2.1.13 Скарлатина. Дифтерия. Определение. Этиология. Основные данные о возбудителе. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы и факторы передачи. Восприимчивость взрослых и детей. Иммуитет. Патогенез, патологическая анатомия. Клиника. Инкубационный период. Основные проявления болезни. Эволюция симптомов. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Роль эпидемиологического анамнеза и эпидемиологического обследования. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.	5	9.1 [1,2] 9.2 [4,5] 9.7 [2]
6	2.1.14 Коклюш. Определение. Этиология. Основные данные о возбудителе. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы и факторы передачи. Восприимчивость взрослых и детей. Иммуитет. Патогенез, патологическая анатомия. Клиника. Инкубационный период. Основные проявления болезни. Эволюция симптомов. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Роль эпидемиологического анамнеза и эпидемиологического обследования. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.	3	9.1 [1,2] 9.2 [1,3]
7	2.1.15 Паракоклюш. Определение. Этиология. Основные данные о возбудителе. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы и факторы передачи. Восприимчивость взрослых и детей. Иммуитет. Патогенез, патологическая анатомия. Клиника. Инкубационный период. Основные проявления болезни. Эволюция симптомов. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Роль эпидемиологического анамнеза и эпидемиологического обследования. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.	2	9.1 [1,2] 9.2 [1,3,5]
8	2.2.1.3 Тиф блошиный эпидемический. Определение. Этиология. Основные данные о возбудителе. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы и факторы передачи. Восприимчивость взрослых и детей. Иммуитет. Патогенез, патологическая анатомия. Клиника. Инкубационный период. Основные проявления болезни. Эволюция симптомов. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Роль эпидемиологического анамнеза и эпидемиологического обследования. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.	2	9.1 [1,2] 9.2 [1,3]
Всего за семестр		32	
10 семестр			
10	1.3 Написание истории болезни. Описание жалоб больного, анамнеза заболевания, эпид. анамнеза, анамнеза жизни, характеристика объективного статуса пациента; обоснование диагнозов, интерпретация лабораторных данных, данных инструментальных методов исследования, консультаций других специалистов, разработка и обоснование плана лечения. Дифференциальная диагностика. Тактика дальнейшего ведения больного	10	9.1[1,2] 9.5 [1,3,4] 9.7 [3]
11	2.2.1.4 Риккетсиоз клещевой среднеазиатский. Определение. Этиология. Основные данные о возбудителе. Малярия. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы и факторы передачи. Восприимчивость взрослых и детей. Иммуитет. Патогенез, патологическая анатомия. Клиника. Инкубационный период. Основные проявления болезни. Эволюция симптомов. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Роль эпидемиологического	2	9.1 [1,2] 9.2 [1,3] 9.7 [1]

	анамнеза и эпидемиологического обследования. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.		
12	2.2.9. Энцефалит клещевой весенне-летний. Определение. Этиология. Основные данные о возбудителе. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы и факторы передачи. Восприимчивость взрослых и детей. Иммуни-тет. Патогенез, патологическая анатомия. Клиника. Инкубационный период. Основные проявления болезни. Эволюция симптомов. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Роль эпидемиологического анамнеза и эпидемиологического обследования. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.	2	9.1[1,2] 9.1[1,3,4,5]
13	2.13.1 Аскаридоз. Определение. Этиология. Основные данные о возбудителе. Эпидемиология. Источники ин-фекции. Механизмы и факторы передачи. Восприимчи-вость взрослых и детей. Иммуни-тет. Патогенез, патоло-гическая анатомия.Клиника. Инкубационный период. Основные проявления болезни. Эволюция симптомов. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Роль эпидемиоло-гического анамнеза и эпидемиологического обследо-вания. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилакти-ка.	2	9.1[1,2] 9.2[1,5]
14	2.13.2 Опи-сторхоз. Определение. Этиология. Основные данные о возбудителе. Эпидемиология. Источники ин-фекции. Механизмы и факторы передачи. Восприимчи-вость взрослых и детей. Иммуни-тет. Патогенез, патоло-гическая анатомия. Клиника. Инкубационный период. Основные проявления болезни. Эволюция симптомов. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Роль эпидемиоло-гического анамнеза и эпидемиологического обследо-вания. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилакти-ка.	2	9.1[1,2] 9.2[1,3]
Всего за семестр		18	
Итого за год		50	

Изучение указанных тем проводится на основе изучения теоретического материала и включает работу с больными соответствующего профиля. Теоретический материал включает использование «Методических указаний к клиническим практическим занятиям» (выдается на кафедре в отдельном файле), периодической литературы (в библиотеке ТулГУ), а также просмотр фотографий пациентов с соответствующей патологией из интернет-ресурсов по теме предстоящего занятия.

По каждой нозологической форме студент должен знать: определение понятия этой формы, этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину, осложнения, диагностику, лечение и профилактику данного заболевания, а также уметь полностью обследовать больных.

Формы контроля самостоятельной работы:

- тестирование: вопросы по изученным разделам включены в итоговый тест промежуточной аттестации;
- материал изучаемых самостоятельно нозологических тем входит билеты промежуточных аттестаций;
- проверка истории болезни с оценкой (максимум 5 баллов за каждую историю болезни);
- задачи с эталонами ответов.

2. НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ВЫНЕСЕННЫЕ НА САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ

Подострый склерозирующий панэнцефалит. Прогрессирующий краснушный панэнцефалит. Прогрессирующий краснушный панэнцефалит. Зоонозная оспа. Легинеллез. Скарлатина. Коклюш. Паракоклюш. Тиф блошинный эпидемический. Риккетсиоз клещевой среднеазиатский. Цуцунгамуши. Тиф возвратный эпидемический. Энцефалит клещевой весеннее-летний. Энцефалит японский панэнцефалит. Эризепеллоид. Сап. Солодоку. Аскаридоз. Описторхоз.

При изучении темы студенты должны:

1. Усвоить этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину, лечение и профилактику этой нозологической формы.
2. Уметь провести диагностический алгоритм.

3. ПРАВИЛА НАПИСАНИЯ РЕФЕРАТОВ.

1. Реферат пишется за каждую пропущенную лекцию.
2. В связи с имевшимися случаями неоднократного дублирования материала из электронных источников написание реферата осуществляется рукописным текстом.
3. Объем реферата должен составлять не менее 25 стр.
4. В начале реферата должен быть изложен его план.
5. В конце реферата должен быть представлен список использованных источников (не менее 20).

4. ЗАДАЧИ

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №1

Больная Н, 64 лет, поступила в инфекционный стационар в ноябре месяце в сопровождении дочери с жалобами высокую лихорадку, кашель, боли за грудиной, приступы удушья, слабость, ночную потливость.

Анамнез заболевания. Заболела около месяца назад с озноба, повышения температуры, общей слабости, болей в мышцах, суставах, кашля, ощущения саднения за грудиной. Затем появились приступы удушья. Принимала ампициллин, сумамед, жаропонижающие средства. Однако, состояние продолжало ухудшаться, температура за день до поступления повысилась до 39,8 °С, на конечностях появилась сыпь, усилился кашель.

Из эпид. анамнеза. Живет одна, в сельской местности, где летом отмечались случаи заболевания туляремией. Содержит в хозяйстве коз, самостоятельно заготавливает и реализует корма (в основном, хранящееся с лета сено). В сарае много грызунов.

Из анамнеза жизни. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, пневмонию в возрасте 26 лет. Вредные привычки отрицает. Росла и развивалась соответственно возрасту. Аллергоанамнез без особенностей. Наследственность не отягощена.

При осмотре. Состояние тяжелое, заторможена. Лицо одутловато, кожа лица и верхней половины туловища гиперемированы, носогубный треугольник бледный, инъекция сосудов склер и конъюнктив. На кистях и стопах пятнисто-папулезная сыпь сгруппированная в виде носков и перчаток, единичные элементы с геморрагическим компонентом. Отдельные аналогичные элементы сыпи на туловище. Отмечается притупление перкуторного звука в нижнем отделе грудной клетки, там же дыхание ослаблено. Кашель частый со скудным отхождением слизисто-гнойной мокроты. ЧДД 32 дых/мин. АД 100/60 мм рт. ст., тоны сердца значительно приглушены, пульс 92 в мин слабого напол-

нения. Печень перкуторно выступает из под края реберной дуги, безболезненна, пальпируется нижний полюс селезенки.

Анализ крови. л – $3,0 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 42%, лимф. – 42 %, мон.- 11%, СОЭ – 24 мм/час.

Серологические исследования. РНГА с туляреминым антигеном – 1:400.

Рентгенограмма прилагается.

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Укажите, что послужило основанием для обследования больной на туляремию.
- 3) Укажите типичные для туляремии признаки поражения органов дыхания.
- 4) Определите область дифференциальной диагностики.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №2

Больной П., 19 лет, чабан, сан. авиацией доставлен в областную инфекционную больницу из высокогорного поселкового медицинского пункта.

Из анамнеза болезни. Поступил на 5-й день болезни с жалобами на сильную головную боль, повторные ознобы, боль в правой ноге. Заболевание началось с потрясающего озноба, последующего жара, головной боли, боли в глазных яблоках, сухости во рту, жажды. В последующие дни возникли боли в правом паху, ноге, нарастали слабость, головокружение, временами терял сознание. Получал пенициллин, анальгин, сульфокамфокаин. Накануне появились боли в грудной клетке при дыхании, кашель, одышка.

Объективно. Положение в постели пассивное: лежит с закрытыми глазами, стонет, на вопросы отвечает односложно, нехотя, временами впадает в бредовое состояние. Кожные покровы бледные, умеренный акроцианоз, конъюнктивит, склерит, лицо выражает страдание. Губы сухие, запекшиеся. Язык густо обложен меловым налетом. Пульс слабого наполнения, 140 уд/мин, АД 60/40 мм рт. ст., одышка 28 дыханий в 1 мин. Над всей поверхностью легких выслушиваются множественные сухие хрипы, очаговые физикальные изменения не отмечены. Кашель со скудным количеством мокроты с примесью крови. Правая нога в отведенном положении, по внутренней поверхности правого бедра определяется инфильтрат протяженностью около 10 см. При пальпации инфильтрат по периферии плотный, спаян с окружающими тканями, в центре инфильтрата – геморрагическое пропитывание, флюктуация, вскрывшаяся булла. В правой паховой области определяются увеличенные в размере до 4 – 6 см, спаянные между собой и кожей лимфоузлы, плотные, болезненные. Кожа над ними гипермирована.

Анализ крови. лейкоциты – 28000, миелоциты – 2, юные - 9, п/я – 37, с/я – 25, лимф. – 18, мон. – 6, токсическая зернистость нейтрофилов.

Мазок мокроты. При окраске метиленовым синим обнаружены биполярно окрашенные палочки.

Рентгенограмма прилагается.

- 1) Укажите на основании каких данных можно думать об особо опасной инфекции в приведенной ситуации.
- 2) Определите круг дифференциально-диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
- 3) Укажите необходимые для этиологической диагностики методы и предполагаемые сроки получения результатов.
- 4) Определите лечебную тактику. Укажите правила выписки больного из стационара.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №3

Больной К., наблюдается врачом поликлиники в течении 7 дней с диагнозом «Грипп». Вызвал врача повторно в связи с ухудшением состояния, усилением головной боли.

Из анамнеза. Заболел 15.07: появился озноб, температура тела повысилась до $39,0^{\circ}\text{C}$, отмечал сильную боль в мышцах, особенно в мышцах ног при ходьбе. Принимал различные препараты, в том числе тетрациклин (2-3 таблетки), температура снизилась до $37,8^{\circ}\text{C}$, решил, что выздоравливает. Однако, 22.08 состояние ухудшилось: температура тела вновь с ознобом повысилась до $39,5^{\circ}\text{C}$, усилилась головная боль, появилась рвота, сохранились выраженные боли в мышцах ног; из-за чего не мог ходить.

Объективно. Болезненность при пальпации мышц (особенно икроножных), увеличение печени, отчетливый менингеальный синдром.

Из эпид. анамнеза. За 10 дней до заболевания рыбачил на озере, купался, пил сырую воду.

- 1) Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
- 2) Определите область дифференциально-диагностического поиска.
- 3) Наметьте план обследования больного.
- 4) Составьте план лечебных мероприятий.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №4

Больной В., 39 лет поступил в терапевтическое отделение 07.09 с диагнозом «Острый пиелонефрит».

Анамнез болезни. Заболел остро 05.09, температура повысилась до $39,5^{\circ}\text{C}$, отмечал ознобы, сильную головную боль, боли в животе и поясничной области с первого дня болезни, плохой сон, снижение аппетита, тошноту. 11.09 состояние больного ухудшилось, стал вялым, заторможенным.

Эпид. анамнез. В течении последнего месяца жил на даче, занимался строительными работами в подвальном помещении.

При осмотре Гиперемия лица и плечевого пояса, на коже спины и передней части грудной клетки обильная петехиальная сыпь, в местах инъекций кровоподтеки, кровоизлияния в конъюнктиву правого глаза. Слизистая ротовой полости сухая. В легких дыхание везикулярное, пульс 88 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 90/60 мм рт ст. Тоны сердца глухие. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Поколачивание по поясничной области резко болезненное с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. За сутки выпил 2200 мл жидкости, выделил 50 мл мочи.

Ан. крови. Нб – 137 г/л, эр.- $4,5 \times 10^9/\text{л}$, л – 14000, п/я – 5%, с/я – 64%, лимф.- 23%, м – 8%, моче-вина – 13,2 ммоль/л, креатинин – 123 мкмоль/л.

Ан. мочи. Цвет – соломенно-желтый, мутная, белок – 0,33%, цилиндры, эр. – 3-4 в поле зрения, л – 3-5 в поле зрения.

- 1) Сформулируйте предполагаемый диагноз.
- 2) Какой период болезни? О каком осложнении можно думать?
- 3) Какие лабораторные исследования необходимо провести?
- 4) Тактика ведения больного.
- 5)

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №5

Больной К., 68 лет, доставлен в больницу бригадой «Скорой помощи».

Жалобы. На головную боль, общую слабость, одышку, нехватку воздуха, сухой кашель.

Из анамнеза болезни. Со слов родственников известно, что заболел 4

дня назад, утром, когда заметил в области левого угла нижней челюсти появление красного пятна, к вечеру трансформировавшегося в зудящий пузырек с темной жидкостью. Пузырек был «выдавлен» больным, на его месте образовалась язва с дном грязно-серого цвета, с выраженным отеком подкожной клетчатки вокруг нее, распространившимся в течение последующих суток на шею и грудную клетку.

Из эпид. анамнеза. Больной имеет подсобное хозяйство, неделю назад снимал шкуру с умершей свиньи.

При осмотре. Больной занимает положение ортопноэ, возбужден, мечется, пытается встать. В области левого угла нижней челюсти язва с геморрагическим пропитыванием дна, размером 1 x 1 см, окруженная мелкими пузырьками с серозным содержимым. Отек на лице, грудной клетке – больше выражен слева и спускается до паховой области. Подчелюстные и паховые лимфоузлы увеличены, безболезненные. Дыхание затруднено, свистящее, ЧД 40 в 1 мин. В легких дыхание ослаблено, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца глухие, пульс нитевидный 120 ударов в мин., АД 80/60 мм рт. ст. Живот участвует в дыхании. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, пальпируется селезенка. Определяется ригидность затылочных мышц. Сознание спутано.

Ан. крови. Нб – 157 г/л, эр. – $5,1 \times 10^9$, л – 16500, п/я – 11%, с/я – 49%, э – 2%, лимф. – 30%, м – 8%, СОЭ – 28 мм/час.

Ан. мочи. Без особенностей.

Рентгенограмма прилагается.

- 1) Сформулируйте и обоснуйте предположительный клинический диагноз.
- 2) Обоснуйте тяжесть состояния больного.
- 3) Определите тактику ведения больного.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №6

Пациентка Е., 37 лет.

Анамнез болезни. Заболела остро с повышения температуры до 40°C , головных болей, ломоты в теле, слабости. Принимала жаропонижающие препараты без особого эффекта. На 2-й день лихорадки появились жжение во рту, слюнотечение, боль в ротовой полости при приеме пищи и глотании. В тот же день стали беспокоить режущие боли при мочеиспускании, а через сутки больная заметила везикулезные высыпания на коже кистей, преимущественно в области околоногтевых валиков.

Эпид. анамнез. Пациентка 5 дней назад приехала из Казахстана, где в течение 2-х недель находилась в сельской местности у сестры, помогала по хозяйству на ферме. В последние дни перед отъездом при дойке коровы заметила у нее на морде и вымени «пузырьки». Отмечались случаи падежа скота (телят) в селе.

- 1) О каком заболевании следует думать в данном случае?
- 2) Какие клинико-эпидемиологические данные помогают в постановке диагноза?
- 3) Какие дополнительные клинические симптомы можно выявить?
- 4) Какие лабораторные исследования целесообразно провести в данном случае для подтверждения диагноза?

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №7

Больной К., 40 лет.

Анамнез болезни. Накануне вечером отметил головную боль, озноб, ночью дважды была рвота, головная боль резко усилилась, температура повысилась до 39⁰С. Появились гиперемия лица, небольшая гиперемия зева, инъекция сосудов склер.

Объективно. На коже бедер и ягодичной области элементы геморрагической сыпи сливного характера. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, пульс 110 уд. в мин., ритмичный, АД – 110/60 мм рт. ст. Язык сухой, живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Со стороны нервной системы у больного отмечено спутанное сознание, тактильная и зрительная гиперестезия, повышение сухожильных рефлексов, умеренная ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Ан. крови. Нб – 120 г/л, эр. – 3,8 х 10¹²/л, л – 28000/л, промиел.- 2%, миел.- 5%, п/я – 6%, с/я – 53%, лимф.- 27%, мон.- 7%.

Ан. мочи. Цвет – желтый, мутный, отн. плотн. – 1023, белок – 0,33‰, цил., эр.- 3-4 в поле зрения.

Ан. ликвора. Цвет – зеленовато-мутный, вытекает струей, цитоз 1380, лимф.- 44%, нейтр.- 71%, белок – 8,3 г/л. После произведенной пункции больной отметил умеренное, кратковременное облегчение.

1. Клинический диагноз.
2. Какие клинические и лабораторные данные подтверждают диагноз?
3. Какие еще исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Перечислите основные лечебные мероприятия.
5. Сделайте рекомендации больному после выписки из стационара.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №8

Больной В., 38 лет, рабочий, страдает хроническим алкоголизмом.

Из эпид. анамнеза. 3 дня назад пил пиво на улице из одного стакана с незнакомыми людьми.

Обратился в медпункт по месту работы на 3-й день болезни с жалобами на слабость, боль в горле, познабливание.

Осмотр врача медпункта. Температура – 38,8⁰С. Отмечена гиперемия лица. Выявлена гиперемия слизистой глотки и налеты. Поставлен диагноз «лакунарная ангина», назначено лечение пенициллином на дому. Состояние не улучшилось, нарастала слабость, стало трудно дышать, принимать пищу. Появились бледность кожных покровов, неприятные ощущения за грудиной, периодические боли в области сердца. Налеты в горле не исчезли, на 8-й день болезни вызвал врача из поликлиники.

Осмотр врача поликлиники. В глотке налеты грязно-серого цвета, плотные, заходящие за пределы миндалины, а также отек слизистой и отек шеи, доходящий справа до ключицы. На губе язвочка, покрытая грязным налетом. Пульс – 120 в мин., границы сердца расширены влево на 1,5-2 см. АД – 90/60 мм рт. ст. Печень выступает из-под края ребер на 3 см. Срочно вызвана медсестра. Сделана ЭКГ.

ЭКГ прилагается.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Оцените характер изменений со стороны сердца.
- 3) Определите тактику ведения.
- 4) Что должен был сделать врач медпункта?

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №9

Больной Д., 44 года, поступил в инфекционное отделение.

Жалобы при поступлении: на головную боль, ломоту во всем теле, озноб, потливость, общую слабость. Болен 6 дней.

Из анамнеза болезни. Заболевание началось с недомогания, умеренной разлитой головной боли. К вечеру появилась ломота во всем теле, познабливание, повысилась температура до $37,7^{\circ}\text{C}$. На протяжении пяти дней болезни все вышеуказанные явления, температура оставалась постоянно повышенной – $37,5 - 38^{\circ}\text{C}$. Лечился дома, участковый терапевт, наблюдавший больного в 1-й и 6-й дни болезни поставил диагноз «Грипп». Госпитализирован в связи с отсутствием клинического эффекта от лечения. Заболевание связывает с переохлаждением.

Из эпид. анамнеза. Больной проживает в городе, в отдельной квартире со всеми удобствами. По профессии – военнослужащий. За месяц до начала заболевания возвратился из Афганистана, где находился в длительной командировке. За границей жил в расположении воинской части, среди военнослужащих отмечались случаи малярии. В районе расположения воинской части встречались также случаи бруцеллеза и брюшного тифа. С целью профилактики малярии принимал далагил, но нерегулярно.

Перенесенные заболевания. В детстве корь, ветряная оспа, в возрасте 20-ти лет – брюшной тиф.

При осмотре. Небольшая гиперемия лица, инъекция сосудов склер, потливость кожных покровов. Дыхание ритмичное средней глубины. ЧДД 20 дых. движ./мин. Патологических данных при обследовании со стороны легких не выявлено. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 80 уд/мин. (при $t\ 37^{\circ}\text{C}$) АД = 100/65 мм рт. ст. Язык сухой, умеренно обложен белым налетом, печень выступает из-под нижнего края реберной дуги на 1,5 см, мягкая, безболезненная, селезенка не пальпируется. С уточное количество мочи снижено. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Ан. крови. Нб – 117 г/л, эр.- $3,2 \times 10^9/\text{л}$, л – 11000, п/я – 9%, с/я – 60%, лимф.- 22%, м – 9%.

В ан. мочи белок 0,06‰, лейкоциты – 3 – 5 в поле зрения, цилиндры.

- 1) Согласны ли Вы с диагнозом грипп?
- 2) Ваш диагноз.
- 3) Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- 4) Какие препараты лучше всего использовать для лечения больного?

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №10

Больная К., 56 лет поступила в инфекционное отделение 16.10. на 6-й день болезни.

Жалобы на общую слабость, отсутствие аппетита, тошноту, упорную головную боль, головокружение, бессонницу, сухой кашель.

Анамнез болезни. Заболевание началось остро с 10.10., когда появилось познабливание, повысилась температура тела, появилась общая слабость, головная боль, пропал аппетит. На 3-й день болезни усилилась головная боль, беспокоила бессонница, температура тела повысилась до $38,8^{\circ}\text{C}$. Принимала аспирин, анальгин, улучшения самочувствия не наступало. На 5-й день болезни появился сухой кашель, был вызван на дом врач, который отметил на сгибательных поверхностях рук и боковых поверхностях грудной клетки элементы сыпи в виде «красных точек».

Эпид. анамнез. Живет в городе, в отдельной квартире. Не работает. Контакт с инфекционными больными отрицает, гигиенические навыки соблюдает, санитарные условия быта хорошие. За 2 недели до поступления в стационар находилась в сельской местности, часто употребляла в пищу некипя-

ченное молоко, молочные и мясные продукты домашнего приготовления. Ухудшение самочувствия наступило через 10 дней после возвращения домой.

Из анамнеза жизни. Из перенесенных заболеваний отмечает грипп, пневмонию, в 27 – летнем возрасте перенесла «сыпной тиф», из сопутствующих заболеваний – хронический гастрит.

При осмотре. Гиперемия кожи лица и шеи, инъекция сосудов склер, гиперемия конъюнктив, обильная розеолезно-петехиальная сыпь на сгибательных поверхностях обеих рук, боковых поверхностях туловища и верхней половине груди, температура тела при поступлении 38,3⁰С. Отмечено наличие кровоизлияний на конъюнктивах (симптом Киари-Авцына), точечные петехии на слизистой оболочки мягкого неба и языке (симптом Розенберга), положительный симптом «щипка». Дыхание через нос свободное. ЧДД 16 в мин., перкуторно легочный звук не изменен. При аускультации дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. АД 100/60 мм рт. ст., пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения – 108 уд. в мин. Тоны сердца глухие, шумы не выслушиваются. Перкуторно – умеренное расширение границ сердца. Язык сухой, обложен коричневым налетом, пальпация живота безболезненная, печень увеличена + 3 см из под реберного края. Селезенка увеличена. Выделение суточной мочи снижено. Симптом Пастернацкого отрицательный.

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить диф. диагностику?
4. Назовите наиболее частые осложнения заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Эталоны ответов к задаче №1

1. Туляремия, генерализованная форма, тяжелое течение. Правосторонняя нижнедолевая пневмония.
2. Основанием для обследования на туляремию послужили:
 - данные эпид. анамнеза (проживание в эндемичной местности, характер хозяйственной деятельности);
 - длительное течение заболевания, начавшегося с респираторного синдрома, предполагающего аспирационный путь заражения;
 - типичный внешний вид больной (одутловатость и гиперемия лица, шеи, бледный носогубный треугольник, инъекция сосудов склер);
 - физикальные данные, свидетельствующие о пневмонии, признаках генерализованной инфекции (гепатолиенальный синдром), сенсibilизации организма (пятнисто-папулезная сыпь, сгруппированная в виде носков и перчаток);
 - отсутствие эффекта от проводимой терапии макролидами и полусинтетическими пенициллинами;
3. Типичными рентгенологическими признаками поражения органов дыхания при туляремии является увеличение прикорневых, паратрахеальных, медиастенальных лимфатических узлов. Ранним рентгенологическим признаком является усиление легочного рисунка за счет формирования периваскулярных и перибронхиальных инфильтратов.
4. Дифференциальную диагностику следует проводить с другими инфекционными заболеваниями, протекающими со специфическими пневмониями, сопровождаемыми поражением лимфатических узлов легких, средостения, с возможными признаками лимфогематогенной генерализации (туберкулез, Ку-лихорадка, листериоз).

Эталоны ответов к задаче №2.

1. Профессиональная деятельность пациента предполагает кочевой образ жизни в условиях дикой природы. Острое начало заболевания с озноба, высокой лихорадки, наличие выраженной интоксикации, приведшей к развитию ИТШ, выявление признаков геморрагически-некротического регионарного лимфаденита, признаков поражения легких должны вызывать подозрение на особо опасную инфекцию.
2. Учитывая первичное появление регионарного лимфаденита с последующим (на 5-й день болезни) появлением признаков поражения легких следует думать о вторичной пневмонии. Такой вариант течения могут иметь чума и туляремия. В пользу чумы свидетельствует геморрагически-некротический характер воспаления в регионарных лимфоузлах, высокая интоксикация, в гемограмме высокий лейкоцитоз, лейкомоидная реакция, появление аномальных форменных элементов; бактериоскопическое обнаружение в мокроте биполярно окрашенных палочек. Предварительный диагноз: «Чума, бубонная форма, тяжелое течение, вторичная чумная пневмония, ИТШ».
3. Для подтверждения диагноза необходимо провести бактериологическое исследование мокроты, крови, пунктата бубона, мазка со слизистой ротоглотки для получения и идентификации культуры возбудителя. Методы: морфологический, культуральный, ферментативный, фаголизательный, агглютинабельный. Срок 48 – 72 часа. Методы экстренной диагностики: ИФА, ПЦР.
4. Лечение включает назначение антибактериальной терапии - стрептомицин в/в, а затем в/м по 1,0 г 2 раза в сутки длительностью не менее 10 дней. Назначается дезинтоксикационная терапия по общепринятым правилам. Флюктуация в в бедренном бубоне является показанием к хирургическому вмешательству. Больной может быть выписан после стойкой нормализации температуры (не менее 30 дней); полного обратного развития бубона, полного разрешения пневмонии, получении двух отрицательных результатов бактериологического исследования пунктата бубона, четырех отрицательных результатов бактериологического исследования мазка с миндалин и мокроты.

Эталоны ответов к задаче №3.

1. Учитывая острое начало болезни с высокой лихорадки, ее продолжительность и двухволновый характер, наличие сильных мышечных болей, особенно в мышцах ног; менингеальные симптомы, увеличение печени, данные эпиданамнеза (купание в озере), можно предположить лептоспироз. Ухудшение состояния больного связано с развитием лептоспирозного менингита.
2. Диф. диагноз с менингитом, брюшным тифом, ГЛПС.
3. Анализы крови, мочи, исследование ликвора, РМА с лептоспирами, посевы крови, мочи и фекалий на тифо-паратифозную группу бактерий, РНГА с брюшнотифозным эритроцитарным О-диагностикумом, РНГА с АГ хантавирусов, определение креатинина и мочевины крови, КЩС, электролитов.
4. Лечение:
 - бензилпенициллин в/м в суточной дозе 24 млн ЕД;
 - гетерологичный противолептоспирозный иммуноглобулин по стандартной схеме;
 - дезинтоксикационная терапия и коррекция метаболических и электролитных нарушений по общепринятым методикам;
 - симптоматическая терапия (анальгетики, седативные, витамины и др.).

Эталоны ответов к задаче №4

1. ГЛПС, тяжелое течение.
2. Олигурический период. ОПН, уремия.
3. РНИФ к хантавирусам или РПГА, КЩС.
4. Интенсивная дезинтоксикационная терапия с применением инфузионных растворов, свежее заморозенной плазмы, витаминов, в/в капельно трентал, антигистаминные препараты, при необходимости коротким курсом глюкокортикоиды. При отсутствии эффекта от проводимой терапии показан перевод больного на экстракорпоральный гемодиализ.

Эталоны ответов к задаче №5

1. Острое начало болезни с поэтапным появлением везикулезных элементов на коже в области левого угла нижней челюсти, наличие на момент осмотра карбункула с обширным отеком подкожной клетчатки, данные эпиданамнеза свидетельствуют о наличии кожной формы сибирской язвы, локализация элемента на лице, факт его «выдавливания» больным, выраженность интоксикации, увеличение печени, селезенки, наличие менингеальных знаков свидетельствуют о развитии сепсиса, данные обследования и рентгенограммы свидетельствуют о наличии пневмонии.
2. Выраженная интоксикация, признаки генерализации инфекции свидетельствуют о тяжелом течении болезни.
3. Госпитализация больного в инфекционный стационар. Бактериологическое исследование крови, содержимого карбункула, серологические исследования, КЩС, определение электролитного и биохимического состава крови. Внутривенное введение комбинации антибактериальных препаратов, дезинтоксикационная терапия, коррекция гомеостаза, дыхательных и гемодинамических показателей.

Эталоны ответов к задаче №6.

1. Учитывая жалобы больной на острое начало заболевания без продромальных явлений, головные боли, слабость, появление через 2 дня после начала заболевания признаков афтозного стоматита, резей при мочеиспускании, везикулезной экзантемы с избирательным поражением кожи кистей и стоп, данные эпид. анамнеза, можно предположить диагноз «Ящур».

2. Известно, что на ферме у коровы отмечались везикулезные высыпания на морде и вымени, что позволяет заподозрить у нее ящур. Кроме того, падеж телят в селе, вероятнее всего связан с эпизоотией ящура, так как у молодых животных часто наблюдается поражение миокарда и летальные исходы.

3. Необходимо оценить состояние слизистой оболочки полости рта пациентки: при ящуре на фоне гиперемизированной и инфильтрированной слизистой щек, десен, по краю и на кончике языка можно обнаружить мелкие везикулы с прозрачным или мутным содержимым, а также единичные афты. Аналогичные высыпания можно обнаружить на конъюнктивах.

4. В данном случае целесообразно проведение серологических (РСК, РНГА) и иммунологических исследований для подтверждения диагноза.

Эталоны ответов к задаче №7

- 1) Менингококковая инфекция, смешанная форма (менингит + менингококкемия).
- 2) Острое начало, выраженная интоксикация, наличие геморрагической сыпи, положительные менингеальные симптомы, данные анализа ликвора: повышенное давление, цвет, цитоз и т.д.
- 3) Бак. посев ликвора и серологические исследования.
- 4) Массивная антибактериальная терапия (пенициллин или леврамицетин или цефалоспорины), дезинтоксикационная терапия с учетом возможного развития отека мозга, мочегонные, преднизолон.
- 5) Диспансерное наблюдение с контролем ЭКГ, ограничение физических нагрузок, избегать переохлаждения.

Эталоны ответов к задаче №8

1. Дифтерия ротоглотки. Токсическая II степени.
2. Диффузный миокардит, а-в блокада I ст., НК ПА ст.
3. Режим строгого покоя. Введение противодифтерийной антитоксической сыворотки 80100 тысяч МЕ.
4. Сделать посев из ротоглотки на дифтерию и осматривать больного ежедневно в течение 3-х дней.

Эталоны ответов к задаче №9.

1. Нет.
2. Тропическая малярия.
3. Исследование мазка толстой капли крови. Серологические исследования – РНГА, РПГА.
4. Фансидар, метакельфин.

Эталоны ответов к задаче № 10.

1. Болезнь Брилла.
2. Серологические исследования – в первую очередь РСК с риккетсиями Провачека.
3. С лихорадкой Ку, брюшным тифом, лептоспирозом, менингококкемией.
4. Малярийная кома, гемоглобинурийная лихорадка.

5. Библиографический список

5.1 Основная литература

1. Атлас инфекционных болезней / под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова, В. В. Никифорова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 224 с.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428771.html?SSr=17013354302031c42a27570>
2. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. 2-е изд., испр. и доп. 2009. - 816 с.: ил.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970416525.html?SSr=17013354302031c42a27570>
3. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И. 3-е изд., испр. и доп. 2013. - 1008 с.: ил.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425787.html?SSr=17013354302031c42a27570>

4. Ющук Н. Д., Астафьева Н. В., Кареткина Г. Н. Инфекционные болезни: Учебник. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2007. - 304 с.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN5225034012.html?SSr=17013354302031c42a27570>

5.2Дополнительная литература

1. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики : Электронное издание / Емельянова Г.А., Мякенькая Т.С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970411353.html?SSr=17013354302031c42a27570>
2. Инфекционные болезни. Атлас: руководство. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. 2010. - 384 с.: ил.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970418109.html?SSr=17013354302031c42a27570>
3. Медицинская паразитология и паразитарные болезни: учебное пособие / под ред. А. Б. Ходжаян, С. С. Козлова, М. В. Голубевой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с. : ил.<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428221.html?SSr=17013354302031c42a27570>
4. Медицинская паразитология и паразитарные болезни: учебное пособие / под ред. А. Б. Ходжаян, С. С. Козлова, М. В. Голубевой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с. : ил.<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428221.html?SSr=17013354302031c42a27570>
5. Честнова Т.В. Лабораторная диагностика особо опасных инфекционных болезней : учеб. пособие / Т. В. Честнова, О. Л. Смольянинова ; Мед. ин-т ТулГУ .— Тула : Тульский полиграфист, 2009

5.3Периодические издания

1. Вестник новых медицинских технологий. Издательство ТулГУ.
2. Российский медицинский журнал. Издательство «Медицина», Москва.
3. Иммунология.- журнал. Издательство «Медицина», Москва.

5.4Интернет-ресурсы.

1. Электронный читальный зал “БИБЛИОТЕХ” : учебники авторов ТулГУ по всем дисциплинам.- Режим доступа: <https://tsutula.bibliotech.ru/>, по паролю.- Загл. С экрана
2. ЭБС *IPRBooks* универсальная базовая коллекция изданий.-Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/>, по паролю.- - Загл. с экрана
3. Научная Электронная Библиотека *eLibrary* – библиотека электронной периодики, режим доступа: <http://elibrary.ru/> , по паролю.- Загл. с экрана.
4. Единое окно доступа к образовательным ресурсам: портал [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://window.edu.ru.> - Загл. с экрана.
5. Электронно-библиотечная система (ЭБС) Консультант-студента (договор с ООО «Институт проблем управления здравоохранением», № 3К/12-039 от 29.12.2012г , <http://www.studmedlib.ru>
6. Виртуальный читальный зал диссертаций РГБ (договор с ФГУП РГБ, № 095/04/0224 от 26.03.2012 г.) - <http://diss.rsl.ru>
7. Научная электронная библиотека - <http://elibrary.ru>
8. Электронная библиотека «Научное наследие России» - <http://www.e-nasledie.ru/index.html>

9. Российский общеобразовательный портал Министерство образования и науки РФ. Система Федеральных образовательных порталов.- Режим доступа: <http://www.school.edu.ru/default.asp>
10. Единое окно доступа к образовательным ресурсам. Профессиональное образование / Медицинское и фармацевтическое образование.- Режим доступа: http://window.edu.ru/window/catalog_p_rubr=2.2.81
11. Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова.- Режим доступа: <http://www.mma.ru/>
12. Российский государственный медицинский университет им. Н. И. Пирогова.- Режим доступа: <http://rsmu.ru/>
13. Российская академия наук.- Режим доступа: <http://www.ras.ru/>
<http://phdynasty.ru>.
15. Инфекционные болезни: научно-практический журнал Национального научного общества инфекционистов.— М. : ООО Издательство "Династия", 2009.- Режим доступа: <http://phdynasty.ru>.

5.5 Методические указания.

1. Нехаев С.Г. Сборник методических указаний к практическим клиническим занятиям.- Изд-во ТулГУ, 2012. - 113 с. (Ресурс кафедры)

2. Руководство к практическим занятиям по эпидемиологии инфекционных болезней: Учебное пособие / Под ред. В.И. Покровского, Н.И. Брико. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 800 с.: ил.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN5970400386.html?SSr=17013354302031c42a27570>

