**федеральное Государственное БЮДЖЕТНОЕ образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» МинистерствА здравоохранениЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра поликлинической терапии с курсом идпо**

УТВЕРЖДАЮ

зав.каф.поликлинической

терапии с курсом ИДПО

 д.м.н., профессор Волевач Л.В.

«30» ноября 2016 г.

Дисциплина: поликлиническая терапия

Специальность: лечебное дело

Очно-заочное отделение

Семестр: 1­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­2 Курс: 6

## **ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕНА ТЕМУ:**

**«ОРВИ. Грипп. Ведение больных в условиях поликлиники»**

Методические указания

для студентов

Уфа – 2016 г.

Тема практического занятия:«ОРВИ. Грипп. Ведение больных в условиях поликлиники» в соответствии с ФГОС ВО (2016), рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия, утвержденной в 2016г. ректором Павловым В.Н.

Авторы: проф. Крюкова А.Я., проф. Низамутдинова Р.С.,

проф. Сахаутдинова Г.М., доц. Тувалева Л.С.,

доц. Курамшина О.А., доц. Габбасова Л.В.

Рецензенты: д.м.н., профессор Мирсаева Г.Х.

Утверждено на заседании кафедры « 30» ноября 2016 г. протокол № 4

**«ОРВИ. Грипп. Ведение больных в условиях поликлиники»**

**1.Тема: Острые респираторные заболевания. Врачебно-трудовая экспертиза и лечение в условиях поликлиники**.

**Актуальность темы** обусловлена тем, что острые респираторные заболевания (ОРЗ) ха­рактеризуются чрезвычайной контагиозностью и быстротой распространения среди на­селения, что приводит в короткие сроки, например при гриппе, к развитию осложне­ний. Это вызывает огромные потери рабочих дней из-за временной нетрудоспособности больных. Так, в СНГ ежегодно болеют ОРЗ и гриппом около 30 млн. человек, что составля­ет 15-20% заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

**2. Цель занятия:** овладение врачебными навыками диагностики и лечения боль­ных острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ), умения оказывать неотложную помощь при гипертермическом синдроме в условиях поликлиники, проводить профилактику ОРЗ и гриппа.

**Для формирования профессиональных компетенций студент должен знать:** (исходно базисные знания и умения);

- возрастные анатомо-физиологические особенности ротоносоглотки, бронхов и лег­ких

-эпидемиологические особенности вирусных инфекций

-методику исследования органов дыхания, кровообращения и других систем

-принципы организации амбулаторно-поликлинического обслуживания населения

- нормативные документы по экспертизе трудоспособности.

**Для формирования профессиональных компетенций студент должен уметь:**

- собрать анамнез, обследовать пациента по органам и системам

- назначить план дополнительного обследования

- оценить результаты клинического и лабораторно-инструментальных данных

- сформулировать диагноз в соответствии с современными классификациями

- назначить комплексное лечение

- провести экспертизу трудоспособности

- назначить первичные профилактические мероприятия

- назначить вторичные профилактические мероприятия.

**Для формирования профессиональных компетенций студент должен владеть:**

- методами общеклинического обследования**,**

- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- владеть методами оказания неотложной догоспитальной медицинской помощи,

- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к соответствующему врачу-специалисту,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза,

- основами ведения медицинской документации

- основами медицинской, физической, психологической и социальной реабилитации.

**3.Необходимые базисные знания и умения:**

-возбудители острых респираторных заболеваний

-лабораторно-вирусологическая диагностика возбудителей ОРЗ и гриппа

-методы исследования ротоносоглоточной области

-методы первичной и вторичной профилактики

**4.Вид занятия**: практическое занятие

**5.Продолжительность занятия**: 6 часов

**6.Оснащение**; таблицы, плакаты, медицинские карты амбулаторного больного, анализы крови, мочи, ЭКГ

**7.Структура занятия представлена ниже:**

7.1.Организационный этап -проверка готовности к занятию, внешний вид, отметка присутствующих

7.2.Контроль исходного уровня знаний и умений (приложение).

7.3.Ознакомление студентов с содержанием занятий. Изложение узловых вопросов и методики практических приемов по данной теме.

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя, лабораторная работа (курация тематических больных, анализ результатов лабораторных и инструментальных методов исследования и др.).

7.5.Разбор, проведенной курации, оформления медицинской документации, выполнение функциональных и лабораторных исследований.

7.6.Контроль освоения студентами темы занятия с применением тестовых заданий, ситуационных задач и других видов контроля, представленных в приложениях к методическим рекомендациям.

1.Комплекты тестов исходного уровня знаний и умений с эталонами ответов;

2.Типовые задачи;

3.Тестовый контроль конечного уровня знаний с эталонами ответов;

4.Ситуационные задачи;

5.Этапы дифференциальной диагностики;

6. Лечебный алгоритм;

Острые респираторные заболевания - собирательное понятие, охватывающее множе­ство острых респираторных инфекций вирусной, бактериальной, смешанной этиологии, часто встречающиеся в терапевтической практике в условиях поликлиники. Разбору подлежат вопросы:

1.Этиология и патогенез острых респираторных заболеваний

2.Классификация острых респираторных заболеваний

3.Основные клинические проявления и ведущие синдромы при ОРЗ.

4.Дифференциальная диагностика в условиях поликлиники (дифтерия, хронический тон­зиллит, ГЛПС).

5.Лабораторно-инструментальные методы исследования при ОРЗ.

6.Врачебно-трудовая экспертиза, медицинские и социальные критерии трудоспособно­сти при ОРЗ.

7.Основные направления профилактики и лечения при острых респираторных заболева­ниях.

Следует отметить, что возбудителей ОРЗ трудно идентифицировать в условиях поликлиники.

Клиническая классификация гриппа и других острых респираторных заболеваний

1.Этиология:

1.1.1. Грипп типа А.

1.1.2. Грипп типа В.

1.1.3. Грипп типа С.

1.1.4. Парагриппозная.

1.1.5. Аденовирусная.

1.1.6. Респираторно-синтициальная.

1.1.7. Риновирусная.

1.1.8. Коронавирусная.

1.1.9. Микоплазменная.

1.1.10. Бактериальная.

1.1.11. Смешанная.

1.1.12. Вирусно-вирусная.

1.1.13. Вирусно-микоплазменная.

1.1.14. Вирусно-бактериальная.

1.1.15. Микоплазменно-бактериальная.

1.2. Форма клинического течения:

1.2.1. Бессимптомная (0).

1.2.2. Легкая (I).

1.2.3. Среднетяжелая (II).

1.2.4. Тяжелая (Ш).

1.2.5. Крайне-тяжелая (IV) -- гипертоксическая.

1.3. Преобладание синдрома.

1.3.1. Катарального.

1.3.2. Интоксикации.

1.4. Осложнения.

1.4.1. Пневмония.

1.4.2. Бронхит.

1.4.3. Гайморит.

1.4.4. Отит.

1.4.5. Синдром крупа.

1.4.6. Поражение сердечно-сосудистой системы.

1.4.7. Поражение нервной системы.

Источником гриппозной инфекции является только боль­ной человек с явными и стертыми формами заболевания. Путь передачи - воз­душно-капельный. Не исключено заражение через предметы, инфицированные выделениями больного (игрушки, посуда, полотенце и т.п.). Больной заразен в течение первых 3-5 дней. Восприимчивость людей к гриппу абсолютная.

Вирус гриппа эпителиотропен, избирательно поражает эпите­лий респираторного тракта (преимущественно трахеи). Пораженные клетки подвергаются дегенерации, некрозу и отторжению. Вирусемия и токсинемия ведущие звенья патогенеза гриппа. Токсины вируса гриппа оказывают токсиче­ское действие на сердечно-сосудистую, нервную и другие системы организма. Нарушается микроциркуляция; увеличивается способность эритроцитов и тромбоцитов к агрегации, снижается фибринолитическая активность сыворотки крови и нарастает вязкость крови. Все это может привести к диссиминированному внутрисосудистому свертыванию крови (ДВС-синдром), которое является важным звеном патогенеза токсико-инфекционного шока (ТИШ). В развитии ТИШ ведущее значение принадлежит как вирусным, так и бактериальным ток­синам, вызывающим острые гемодинамические нарушения.

Тяжесть болезни связана с вирулентностью вируса гриппа, а в большей степени с состоянием иммунной системы макроорганизма.

*Клинические проявления*

Инкубационный период продолжается от 2 до 48 часов. Заболе­вание начинается остро, больные отмечают не только день, но и час заболева­ния. В клинике ведущее место имеет два синдрома: обшей интоксикации и ка­таральных поражений верхних дыхательных путей.

Целесообразно выделять грипп, не осложненный и осложненный, по тяже­сти течения различают формы: легкую, средней тяжести и тяжелую. Иногда выделяют иннапарантную (клинически не проявляющуюся) и молниеносную формы течения.

Тяжесть течения не осложненного гриппа определяется выраженностью и продолжительностью интоксикации. Синдром интоксикации является веду­щим. Болезнь начинается остро с повышения температуры тела от субфебрильных цифр до гипертермии. Температурная реакция при гриппе отличается ост­рой и относительной непродолжительностью. Лихорадка продолжается от 2 -до 5 дней, реже дольше, а затем температура снижается ускоренным лизисом.

Ведущий признак интоксикации и один из первых симптомов болезни -головная боль. Она локализуется в лобной части, особенно в области надбров­ных дуг, иногда имеет ретроорбитальный характер. Сильная головная боль в сочетании с бессонницей, многократной рвотой наблюдается у больных с тяже­лым течением болезни, нередко сопровождается менингеальным синдромом, частым проявлением болезни являются мышечные и суставные боли.

Катаральный синдром *-* также один из ведущих синдромов при гриппе, в ряде случаев выражен слабо, продолжается 7-10 дней, наибо­лее длительно сохраняется кашель.

Отмечаются изменения в носоглотке. Ринорея в первые дни скудная или отсутствует, позднее появляются серозные, слизистые и сукровичные выделе­ния. Больные отмечают першение и сухость в глотке. Наиболее типичен трахеобронхит, который проявляется першением, болью за грудиной, а также мучи­тельным сухим кашлем.

*Парагрипп* - острая вирусная инфекция, характеризующаяся умеренно выраженными симптомами интоксикации и поражением верхних дыхательных путей, преимущественно гортани. Инкубационный период при парагриппе 3-4 дня. Болезнь начинается постепенно, жалуются на недомогание и головные боли, иногда легкое познабливание. Заложенность носа, сухой кашель, незначительные боли в горле начинаются в первый день болезни. Ринорея обильнее, чем при гриппе. Сопровождается охриплостью голоса. СОЭ в пределах нор­мы. Удельный вес среди ОРЗ 6-15%.

*Аденовирусная инфекция* - острое респираторное заболевание характеризуется пораже­нием лимфоидной ткани и слизистых оболочек дыхательных путей, глаз, кишечника и умеренно выраженными симптомами интоксикации. Инкубационный период 5-8 дней. На­чинается остро, Т до 38-39°, ринит, кашель, охриплость голоса. Желудочно-кишечный тракт при аденовирусной инфекции поражается чаще, может быть рвота, увеличение печени, лимфоузлов, сыпь, тонзиллит, конъюнктивит, лимфаденит, гепатолиенальный синдром, ме­нингит, нейрит лицевого нерва. Возможен рецидив заболевания после выздоровления. Удельный вес среди ОРЗ до 15%.

*Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция (PC-вирус)* - характеризуется умеренно выраженной интоксикацией, преимущественным поражением нижнего отдела дыхательных путей.

Продолжительность инкубационного периода от 3 до 6 дней, заболевание начинается постепенно, температура может повышаться до 38-39 градусов, нарастают головные боли и слабость. Может протекать в виде следующих вариантов: назофарингит, бронхит с астматическим компонентом, бронхиолит, пневмония с абсцедированием. В крови - эозинофилия. Удельный вес среди ОРЗ - 3-8%.

*Риновирусная инфекция* - сопровождается умеренной интоксикацией и преимущест­венным поражением слизистой оболочки носа. Инкубационный период длится 2-3 дня. Заболевание начинается внезапно, иногда после познабливания. Появляется обильное слизистое выделение из носа, чихание, реже сухой кашель. Иногда появляется герпес на губах, ларингит, конъюнктивит, осложнение - бронхит, пневмония.

Реовирусная инфекция - острое инфекционное заболевание, сопровождается поражением верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта. Инкубационный период 2-5 дней. У детей проявляется сильным насморком, кашлем. Температура достигает 38 , по­является рвота, диарея, гиперемия зева. В легких жесткое дыхание, сухие хрипы.

*Респираторно-микоплазменная инфекция – (микоплазмоз)*

Характеризуется интоксика­цией и поражением респираторной системы. Инкубационный период 7-14 дней. Различают две основные формы респираторной микоплазменной инфекции: 1) острое респираторное заболевание, 2)острая пневмония.

При лечении эффективны антибиотики. Заболевание со­провождается умеренно выраженной интоксикацией организма, температура тела нормаль­ная или субфебрильная.

К осложнениям, вызываемым как самой микоплазменной, так и присоединившийся бакте­риальной инфекцией относятся экссудативный плеврит, отиты, менингоэнцефалит, миокардит.

*Короновирусная инфекция* - вызывается выше 25 штаммами вируса, преобладают ка­таральные симптомы (серозных) выделений из носа. При тяжелом течении наблюдается волнообразная лихорадка, кашель, одышка, цианоз, гиперемия зева и слизистой оболочки носа, увеличение лимфоузлов, печени, селезенки.

*Грипп*. Различают типичное и атипичное течение гриппа, по тяжести клинических проявлений - легкую, средней тяжести и тяжелую форму болезни.

При легкой форме гриппа интоксикация выражена слабо, температура субфебрильная в течение 2-3 дней с поражением верхних дыхательных путей.

Средней тяжести течение является наиболее частым вариантом гриппа. Преобладает выраженная интоксикация над катаральными поражениями верхних дыхательных путей.

Тяжелая форма гриппа характеризуется острым началом, резко выраженной интокси­кацией, адинамией, возможны обморочные состояния, судороги, сердечно-сосудистые на­рушения.

Молниеносная форма гриппа характеризуется крайней тяжестью и быстротечностью заболевания, нередко приводит к летальному исходу.

Геморрагический синдром проявляется носовыми кровотечениями, токсическим отеком легких. Возможны маточные, желудочные и почечные кровотечения, а также крово­излияния в глаза, головной мозг, надпочечники.

Различают 3 степени токсикоза при гриппе. При гриппе развиваются осложнения: интерстициальные, мелкоочаговые, крупноочаговые пневмонии, встречаются трахеобронхиты, бронхиолиты, гаймориты, отиты.

Микст-инфекции (комбинации с гриппом, аденовирусом, PC-вирусом, парагриппом) значительно утяжеляют состояние больных и требуют комплексного лечения.

Наличие следующих клинических признаков: 1- боли в горле, 2 - увеличение и воспа­лительные изменения небных миндалин, 3 - воспалительная реакция со стороны ре­гионарных лимфатических узлов в сочетании с общетоксическим синдромом при от­сутствии иных локальных проявлений инфекционного процесса говорят про ангину.

По классификации Б.С. Преображенского ангина подразделяется на следующие формы: катаральная, фолликулярная, лакунарная, фиб­розная, герпетическая, флегмонозная, язвенно-некротическая, смешанная формы.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы при ангине характеризуются та­хикардией, приглушенностью сердечных тонов, гипотонией.

Возможно формирование ос­ложнений: ревматизма, гломерулонефрита, миокардита. В анализах крови регистрируются лейкоцитоз, нейтрофиллез со сдвигом влево, ускорение СОЭ.

Необходимо наблюдение за состоянием больного в первые дни болезни для исключе­ния осложнений: тонзииллярного, паратонзиллярного, заглоточного абсцесса, гнойного шей­ного лимфаденита, отита, активное посещение на дому, контроль ОАК,ОАМ, ЭКГ.

Дифференциальный диагноз проводится при тонзиллярном синдроме с острыми респи­раторными заболеваниями, дифтерией зева, инфекционным мононуклеозом.

Эпидемическое неблагополучие по дифтерии (приказ № 297/1 12 от 30.10.1995) и резкий рост заболеваемости не только детей, но и взрослых, дифтерией ротоглотки и дру­гими ее клиническими формами, обязывают дифференцировать тонзиллярный синдром.

Самым характерным симптомом при любой форме дифтерии является образование дифте­рийной пленки на месте локализации возбудителя:

1 - пленка плотно спаяна с подлежа­щими тканями,

2 - при насильственном отделении пленки происходит кровотечение из травмированной слизистой оболочки и пленка снова образуется на том же месте,

3 - поме­щенная в воду снятая пленка не распадается и тонет в отличие от гнойного налета при ангине.

Диагноз подтверждается бактериологическим исследованием мазков, взятых из уча­стка поражения.

Материал забирают стерильным ватным тампоном раздельно из ротоглотки и но­са. Необходимо обеспечить доставку материалов в лабораторию в течение 2 часов от мо­мента забора, в холодное время года предохранять от охлаждения, в теплое - от высыхания. При необходимости длительной транспортировки или массового забора материала его за­севают в пробирки со специальной средой.

Под маской ангины нередко протекает ранний период сифилитического поражения полости рта. Опорные диагностические признаки: эпиданамнез, при первичном сифи­лисе односторонний процесс, боли в горле отсутствуют, тонзиллит может быть эрозивным, дифтериеподобным с постепенным началом и затяжным течением, за исключением гангре­нозного Регионарные лимфатические узлы значительно увеличены, плотные, безболез­ненные. При вторичном сифилисе процесс двусторонний, на миндалинах, мягком и твердом небе возвышаются крупные бляшки с ободком гиперемии, местами сливающимися эрозии. Тонзиллярный синдром сочетается с розеолезно-папулезными высыпаниями на коже, поли­аденитом, болями в конечностях (периостит), повышением температуры при общем удовле­творительном состоянии. При исследовании крови положительные серологические реакции (Вассермана, Кана, Закса-Витебского).

С тонзиллярным синдромом протекают болезни крови (острый лейкоз, агранулоцитоз, алиментарно-токсическая алейкия), которые устанавливаются по особенностям клинических проявлений и показателям крови.

При развитии осложнений (паратонзилярный, ретрофарингальный абсцессы, шейный лимфаденит, острый средний отит и др.), а также у больных ревматизмом, нефритом и дру­гими заболеваниями – продолжительность временной нетрудоспособности значительно уве­личивается. Сроки временной нетрудоспособности у лиц, работающих в неблагоприятных метеорологических условиях, связанных, со значительным физическим напряжением, должны быть увеличены.

С учетом региональной зоонозной инфекции в последние годы возросла заболеваемость г*еморрагической лихорадкой с почечным синдромом* (ГЛПС).

Опорные диагностические признаки при ГЛПС:

-характерный эпиданамнез (профессиональный "лесной", "дачный", "пищевой"),

-острое начало с быстрым повышением температуры, нередко ознобом,

-выраженные проявления интоксикации (головная боль, слабость, церебральная рвота, признаки менингизма);

-жалобы на сухость во рту, чувство тяжести и тупые боли в пояснице, усиливающиеся при надавливании в этой области,

-боли в глазах, светобоязнь,

-гиперемия и одутловатость лица, инъекция конъюнктивальных сосудов,

-склеральных сосудов и "синдром красной вишни",

-гиперемия шеи в верхней части груди;

-геморрагические проявления

- энантема мягкого неба, симптомы "щипка" и "жгута",

-быстро прогрессируют почечные симптомы (падает диурез, микрогематурия, протеинурия, гипоизостенурия),

-в крови лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, увеличение СОЭ,

-обнаружение антител методом иммунофлюоресценцни.

Примеры формулировки диагноза: 1. Грипп типа А, среднетяжелое течение, геморрагический синдром. 2. Острое респираторное заболевание, острый ринофарингит.

*Лечение гриппа.*

Обычно в госпитализации нуждаются 1-2% больных. Гос­питализируют больных с тяжелой и осложненной формой гриппа, больных со среднетяжелой формой, у которых неблагоприятный преморбидный фон. Гос­питализация осуществляется и по эпидемиологическим показаниям (из обще­житий, школ-интернатов).

Лечение больных гриппом, протекающего в легкой и среднетяжелых формах без осложнений производится в домашних условиях под наблюдением участкового терапевта, которое включает: I

1. Постельный режим, отдельная постель, регулярное проветривание помещения. Исключение курения.
2. Питание витаминизированное. Исключить алкоголь.
3. Уменьшение интоксикации путем форсирования потоотделения и диуре­за, обильное теплое питье до 2 литров, чай, молоко, компоты, настой или отвары лечебных трав и ягод (малины, калины, цветов липы, ромашки, душицы и др.).
4. Специфические средства. При среднетяжелом течении ремантадин в 1-й день болезни - 300 мг, на 2-й день болезни-200 мг, на 3-й день болезни-200 мг.  
   Арбидол по схеме.

5.Удаление бактериальной флоры из верхних дыхательных путей. Применение оксолиновой мази 25,0-10%.для слизистой носовых ходов. Полоскание рта и глотки, отхаркивающие средства - сбо­ры мать-и-мачехи, подорожника, термопсиса, **«**грудные сборы».

6.Анальгезирующие, десенсибилизирующие и седативные средства. Для уменьшения сильной головной и мышечной боли, укорочения проявлений ток­сикоза и воспалительных изменений в дыхательных путях используется ком­плексный препарат «антигриппин» (ацетилсалициловая кислота - 0,5; аскорби­новая кислота - 0,3; лактат кальция - 0,1; рутин и димедрол по - 0,02) в течение 3-5 дней, по 1 порошку 3 раза в день. Можно использовать также колдрекс или аспирин упса с витамином С, предварительно растворив таблетку этих препара­тов в полстакана теплой воды, либо анальгетики –парацетамол 0,2 темпалгин, седалгин по 1 таблетки 2-3 раза в день, жаропонижающие средства(ацетилсалициловую кислоту более 0,5 однократно) следует принимать лишь при высокой температуре тела, достигающей 39°С и более и 38°С у пожилыхлиц; димедрол, супрастин.

7.Противокашлевые ненаркотические средства, только при резком болез­ненном кашле - Tab. Dionini 0.01 или 0.15, по 1 таб. 2 р. в день; Tab. Glaysini 0.05; Tusuprecci 0.04/0.02/0.01, по 1 мерной ложке сиропа 2 р. в день; АЦЦ 100, 200, ингаляционно 20%-2ml, 3-4 р. в день; Tab. Bromgixini 0.008, по 2 таб. 3 - 4 р. в день

8.Средства местного действия (в носовые ходы) при обильных гнойных выделениях из носоглотки, признаках евстахиита, серозного отита. Закапыва­ние в нос санорина, галазолина, ментолового масла.

9..Антибактериальные средства по строгим показаниям:

а) при наличии хронических воспалительных заболеваний органов дыхания, мочеполового тракта и др органов

б) при развитии осложнений.

Лечение больных с тяжелой формой гриппа должно включать комплекс терапевтических средств, направленных на борьбу с токсикозом, бактериаль­ными осложнениями и нарушениями функций жизненно важных органов, с учетомвозраста больных и характера сопутствующих заболеваний.

При выраженном токсикозе всем больным, независимо от сроков госпита­лизации, вводится донорский противогриппозный гамма-глобулин по 5,0 мл внутримышечно через каждые 8-12 часов (всего 3-5 введений) в первые три дня болезни. При токсикозе, связанном со стафилококковой инфекцией, следует применять антистафилококковый гамма-глобулин по 5,0-10,0 мл внутримы­шечно с интервалом 1-2 дня или антистафилококковую плазму по 100,0-150,0 мл внутривенно капельно через 2-3 дня (4-5 введений на курс лечения). Поло­жительный терапевтический эффект оказывает иммуноглобулин для внутри­мышечного введения, содержащий высокие титры противогриппозных антител и антистафилококкового токсина. Препарат следует вводить по 3-5 мл.

С целью дезинтоксикации по показаниям используются нативная или сухая плазма крови по 200,0 мл., гемодез - 100,0-200.0 мл., реополиглюкин - 200,0-400,0 мл. внутривенно, капельно. Применение последнего препарата наиболее целесообразно, так как он влияет на восстановление микроциркуляторных на­рушений.

Показаны антигистаминные препараты, а для уменьшения проницаемости сосудов - аскорбиновая кислота, рутин, пре­параты кальция.

В период эпидемии гриппа потребность в госпитализации возникает у 3% больных. Немедленной госпитализации подлежат больные с гипертоксической формой и особо тя­желым течением гриппа в инфекционный стационар или больницы, располагающие отделе­нием интенсивной терапии.

При наличии сопутствующих хронических заболеваний дыхательной, сердечно­сосудистой системы нередко требуют стационарного лечения больные среднетяжелой и тяжелыми формами гриппа.

***Сроки временной нетрудоспособности*** при острых вирусных и других респираторных заболеваниях в связи с более благоприятным течением составляет 5-8 дней. При ангине ми­нимальные сроки временной нетрудоспособности составляют:

-катаральная ангина -5-6 дней,

-фолликулярная и лакунарная - 6-8 дней,

-фиброзная - 8-10 дней,

-флегмонозная - 10-12 дней,

-при смешанных формах - 6-10 дней.

Необходимо освободить больных, перенесших ангину, на 7-14 дней по заключению КЭК от тяжелого физического труда, осуществлять диспансерное наблюдение до 6 мес. Ори­ентировочные сроки временной нетрудоспособности при легкой форме гриппа не менее 6 дней, при среднетяжелой - 8 дней, при тяжелой - не менее 10 дней. При осложнениях вре­менная нетрудоспособность определяется характером осложнений и их тяжестью.

Критерии выздоровления при острых респираторных заболеваниях и гриппе: нормали­зация температуры не менее чем в течение 3 дней, отсутствие патологических изменений со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой и других систем, нормализация показателей параклинических исследований (общий анализ крови, мочи, ЭКГ). По показаниям проводят­ся биохимические исследования, рентгенография органов грудной клетки, общий анализ мокроты.

У реконвалесцентов острой ангиной, ОРЗ при сохранении головных болей, слабости, признаков сосудистой дистонии, требуется регламентация их трудовой деятельности в первые 1-2 месяца, долечивание в условиях санатория-профилактория, дневного стационара, реабилитационного отделения поликлиники. Диспансерное наблюдение осуществляется в течение 6-12 месяцев. Временно исключаются физические нагрузки, ночные смены, переох­лаждения по заключению клинико-экспертной комиссии (КЭК).

У большинства больных течение острых респираторных заболеваний благоприятное. При проведении необходимых терапевтических и противоэпидемических мероприятий, со­блюдении здорового образа жизни больные выздоравливают и приступают к выполнению профессиональных обязанностей.

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

Тема: Острые респираторные заболевания. Врачебно-трудовая экспертиза и лечение больных в условиях поликлиники

**Задания для контроля исходного уровня знаний.**

1 .К ГРУППЕ ОРВИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1.Грипп, парагрипп

2. Аденовирусная

3.Респираторно-сенцитиальная

4.Микоплазменная инфекция

5.Фильтрующиеся формы туберкулеза.

2. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ СЛУЖАТ:

1. Здоровый человек

2.Больной человек.

3.Больные животные.

4.Больные птицы.

3 .ГРИПП ВЫЗЫВАЕТСЯ ВСЕМИ ВИРУСАМИ, КРОМЕ:

1.А

2.А2

З.В

4.С

5.Д

4. В ПАТОГЕНЕЗЕ ГРИППА РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ:

1 .Репродукция вируса в клетках дыхательных путей,

2.Репродукция вируса в клетках всего организма

З.Вирусемия, токсико-аллергические реакции

4.Поражение дыхательных путей

5.Поражение нервной системы

5. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ГРИППЕ СОСТАВЛЯЕТ:

1.5-6часов,

2.1-2дня,

3.3-5 дней,

4.6-7 дней

6. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ГРИППЕ, КРОМЕ:

1.Интоксикации

2.Катарального синдрома

3.Астенического синдрома

4. Геморрагического синдрома

5.Астматического синдрома

7. ВЫРАЖЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

1.Обмороком

2.Рвотой

3.Поносом

4.Гемморагическим синдромом

8. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

1.Инъекция сосудов склер

2.Герпес лабиалис

3.Гиперемия и отечность зева

4.Мелкая зер­нистость мягкого зева

5.Увеличение миндалин

9. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ СО СТОРОНЫ ПУЛЬСА И А/Д:

1 .Тахикардия

2.Брадикардия

3. Артериальная гипертензия

4.Артериальная гипотензия

10. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ НА ЭКГ:

1 .Снижение и зазубренность зубца "Р"

2.Снижение зубца "Т"

3.Удлинение интервала “Р-Q"

4.Депрессия интервала “S-Т"

11. ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ АСТЕНОВЕГЕТАТИВНЫМ СИНДРОМОМ:

1 .Утомляемость

2.Потливость

3.Раздражительность

4.Сонливость

5.Лабильность пульса

12. МОЛНИЕНОСНАЯ, ГИПЕРТОКСИЧЕСКАЯ ФОРМА ГРИППА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1.Отеком головного мозга

2.Гемаррогическим отеком легких

3.Сердечно-сосудистой недостаточностью

4.Выраженной интоксикацией

5.Дыхательной недостаточностью

13. ПРИ ГРИППЕ МОГУТ БЫТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ:

1.Стафилококковая пневмония

2.Острый трахеобронхит

З.Менинго-энцефалит

4.Гайморит, отит

14. НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ГРИППА ИМЕЮТ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1.РТГА

2.СРБ

З.РСК

4.ACT

15. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРИППА:

1.Антибиотики

2.Гамма-глобуллин

3.Интерферон

4. Ремантадин

5.Антигриппин

16. ДЛЯ ПАРАГРИППА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ:

1.Повышение температуры тела

2. Ринорея

3."Лающий" кашель

4.Бронхит, бронхиолит

5. Афония

17. ДЛЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ:

1.ринит

2.Бронхиолит.

3Мезаденит

4.Ринофарингит

5.Тонзиллит

18. ДЛЯ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫ:

1.Поражение бронхиол

2.Ателектаз легких

3.Пневмония

4.Эмфизема легких

5.Высокая температура

19. ДЛЯ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫ:

1.Обильная ринорея

2.Бронхит

3.Чихание, сухой кашель

4.Лейкоцитоз

20. ДЛЯ РЕОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫ:

1.Рвота

2.Диаррея

З.Боли в животе

4.Гиперемия зева

5.Высокая температура

21. ДЛЯ РЕСПИРАТОРНО-МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫ:

1.Поражение печени

2.Поражение суставов

3.Лимфатических узлов

4.Бронхит, брон­хиолит

5.Пневмония

**Ситуационные задачи**

При решении типовых задач необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Ка­кому заболеванию соответствуют приведенные данные?

2. Какие исследования необходимо назначить больному?

**Задача №1**

Участкового врача вызвали к больному 32 лет, который предъявлял жалобы на головную боль, боль в глазных яблоках, ломоту в теле, повышение температуры тела до 37,6-38,6 C, сухой кашель заложенность носа. Заболел остро. На работе имел контакт с больным гриппом. Живет с женой в отдельной квартире.

Объективно; температура тела 37,9 С. Состояние удовлетворительное. Лицо гиперемировано. Склеры инъецированы. Сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены. Миндалины, язычок, дужки набухшие, гиперемированы с цианотичным оттенком. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Менингеальных симптомов нет. Мочеиспускание безболезненное. Стул не нарушен.

1.Поставить развернутый клинико-функциональный диагноз.

2.Назначить план обследования в поликлинике.

3.Определить тактику ведения больного (в амбулаторных условиях, показания к госпитализации, оказание помощи при экстренных ситуациях на догоспитальном этапе).

4.Провести врачебно-трудовую экспертизу с определением средних сроков временной нетрудоспособности.

5.Назначить лечение, выписать рецепты.

**Зaдача №2**

Больная К., 18 лет заболела два дня назад, повысилась температура до 37,71 С, появился сухой кашель, заложенность носа. На 5 день состояние резко ухудшилось, температура повысилась до 38,6 С, появился лающий кашель, ночью было затруднено дыхание.

Объективно: кожные покровы бледные. Число дыханий в минуту 28, в легких сухие хрипы, тоны сердца ясные, ЧСС - 100 в минуту, живот мягкий безболезненный. Диурез не нарушен.

1. Поставить развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Назначить план обследования в условиях поликлиники,

3.Определить тактику ведения больного (в амбулаторных условиях, показания к госпитализации, оказание помощи при экстренных ситуациях на догоспитальном этапе)

4.1 провести врачебно- трудовую экспертизу с определением средних сроков временной не трудоспособности

5.1 Назначить лечение, выписать рецепты.

**Задача №3**

Больной М., 20 лет, обратился с жалобами на головную боль, повышение температуры тела до 37,9°С, снижение аппетита, мышечные боли, недомогание, слезотечение, боль в горле. Заболел остро два дня назад.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски. Отмечается резкая гиперемия конъюнктивы, отек и кровоизлияние в конъюнктиву. Зев: миндалины гиперемированы, имеются мелкоточечные налеты на задней стенке глотки, увеличены подчелюстные, шейные лимфатические узлы. В легких аускультативно выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены ритмичные, пульс - 85 ударов в 1 минуту. Живот мягкий безболезненный. Селезенка у левого края реберной дуги увеличена на 1см. Физиологические отправления не нарушены.

1. Поставить развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Назначить план обследования в поликлинике.

3.Определить тактику ведения больного (в амбулаторных условиях, показания к госпитализации, оказание помощи при экстренных ситуациях на догоспитальном этапе).

4.Провести врачебно-трудовую экспертизу с определением средних сроков временной нетрудоспособности

5.Назначить лечение, выписать рецепты.

**Задача №4**

Больной 27 лет обратился в поликлинику с жалобами на обильное выделение из носа, чихание, сухой кашель. Заболел внезапно, дома больной ОРЗ ребенок.

Объективно: температура тела 37,2 С. Лимфатические узлы подчелюстные, задние шейные увеличены, болезненные, определяется гиперемия и отечность слизистой оболочки носа, обильная ринорея, в зеве гиперемия дужек, задней стенки глотки, дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, 80 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот умеренно болезненный в правом подреберье. Печень по краю реберной дуги. Почки не пальпируются. Мочеиспускание не нарушено.

1. Поставить развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Назначить план обследования в поликлинике.

3.Определить тактику ведения больного (в амбулаторных условиях, показания к госпитализации, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе).

4.Провести врачебно-трудовую экспертизу с определением средних сроков временной нетрудоспособности.

5. Назначить лечение, выписать рецепты.

**Задача№5**

Больной Т., 34 года, обратился в поликлинику после работы, заболел на работе. Жалобы на кашель, насморк, головные боли, слабость, боли в суставах, костях и мышцах. Температура тела 38 С.

Объективно: зев резко гиперемирован, в легких жестковатое везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, АД 120/80 мм рт. ст. Органы пищеварения в пределах нормы. Активные и пассивные движения в суставах в полном объеме, безболезненные.

1. Поставить развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Назначить план обследования в поликлинике.

3.Определить тактику ведения больного (в амбулаторных условиях, показания к госпитализации, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе).

4.Провести врачебно-трудовую экспертизу с определением средних сроков временной нетрудоспособности.

5. Назначить лечение, выписать рецепты.

**Задача №6**

Больная Е., 18 лет. Обратилась с жалобами на резкую слабость, высокую температуру, головные боли, боли в области надбровных дуг глазных яблок, неоднократное носовое кровотечение, на 3-й день присоединился сухой кашель, насморк.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы гиперемированы, имеются петехиальные высыпания по всему телу. Температура 39,0°С, зев гиперемирован, отечен. В легких жесткое дыхание, ЧД 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 98 ударов в минуту, со стороны системы пищеварения патологии не выявлено.

1. Поставить развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Назначить план обследования в поликлинике.

3.Определить тактику ведения больного (в амбулаторных условиях, показания к госпитализации, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе).

4.Провести врачебно-трудовую экспертизу с определением средних сроков временной нетрудоспособности.

5.Назначить лечение, выписать рецепты.

**Задача №7**

Больной И., 48 лет обратился в поликлинику с жалобами на слабость, познабливание, головные боли, повышение температуры тела до 38,2°С, боли в горле, насморк, кашель, появилась одышка.

Объективно: состояние средней тяжести, гиперемированы небные дужки, миндалины. Кожные покровы с цианотичным оттенком. В легких жесткое дыхание, влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 84 ударов в 1 минуту, ритмичный. АД 100/70 мм рт. ст. Живот безболезненный.

1. Поставить развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Назначить план обследования в поликлинике.

3.Определить тактику ведения больного (в амбулаторных условиях, показания к госпитализации, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе).

4.Провести врачебно-трудовую экспертизу с определением средних сроков временной нетрудоспособности.

5. Назначить лечение, выписать рецепты.

**Задача №8**

Больная 27 лет, служащая, обратилась к врачу на 5-й день болезни с жалобами на сильную головную боль, повышение температуры слабость насморк, заложенность носа, сухой кашель. Заболела после переохлаждения, температура поднялась до 37,8°С. На работе несколько человек больны гриппом. Принимала аспирин, полоскала горло. Самочувствие немного улучшилось, но через два дня, головная боль усилилась, вновь поднялась температура, стало трудно дышать.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,2°С, лицо бледное, одутловатое, выражен конъюнктивит, слизистая носа набухшая, миндалины увеличены, рыхлые, выражена гиперемия слизистой ротоглотки. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы, мягкие неболезненные. В легких дыхание везикулярное. Пульс 80 в минуту, тоны сердца ясные. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических и менингиальных явлений нет.

1. Поставить развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Назначить план обследования в поликлинике.

3.Определить тактику ведения больного (в амбулаторных условиях, показания к госпитализации, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе).

4.Провести врачебно-трудовую экспертизу с определением средних сроков временной нетрудоспособности.

5. Назначить лечение, выписать рецепты.

**КОНТРОЛЬ КОНЕЧНОГО УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ ТЕМЫ.**

Выберите один или несколько вариантов ответа

**Тесты:**

1 .ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ОРЗ И ГРИППА ХАРАКТЕРНЫ ЛАРИНГИТ И АФОНИЯ:

1.парагрипп

2.аденовирусная

3.риновирусная

4.микоплазма

2. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ГРИППА И ОРЗ ХАРАКТЕРНО ПРЕОБЛАДАНИЕ СИНДРОМА ИНТОКСИКАЦИИ НАД КАТАРАЛЬНЫМ:

1.грипп средней тяжести

2.риновирусная инфекция

З. энтеровирусы

4.реовирусы

3. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ГРИППА И ОРЗ ХАРАКТЕРНО ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1.грипп средней тяжести

2.парагрипп

3.аденовирусная инфекция

4.риновирусная инфек­ция

5.микоплазма

4. ЛЕЙКОПЕНИЯ В КАРТИНЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1.гриппе

2.орви

З.орз бактериальной этиологии

4.хроническом тонзиллите.

5.КАТАРАЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ В ВИДЕ ВЫРАЖЕННОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1.гриппа

2.парагриппа

3. Аденовирусной инфекции

4.риносинцитиальной инфекции

6.ГЕММОРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ВОЗМОЖЕН ПРИ:

1.гриппе

2.парагриппе

3.риновирусной инфекции

4.микоплазменной инфекции

7.НАРУШЕНИЕ РАБОТОСПОСОБНОСТИ НА ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1 .гриппа

2.парагригша

3.орз бактериальной этиологии

4.микоплазменной инфекции.

8.НАРУШЕНИЕ РАБОТОСПОСОБНОСТИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНО ПРИ:

1.гриппе

2.парагриппе

3.орз бактериальной этиологии

4.микоплазма - пневмонии

9.В КАРТИНЕ КРОВИ ЛЕЙКОЦИТОЗ, УСКОРЕНИЕ СОЭ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1.гриппа

2.орви

3.орз бактериальной этиологии

4.глпс

10.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА:

1.легкая форма

2.среднетяжелая форма

3.тяжелое течение

4.молниеносная форма

11.СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОРЗ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ:

1.тяжестью течения

2.видом возбудителя

3.наличием осложнений

4.возрастом больного

5.профессией

12.СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ГРИППЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ:

1.степенью токсикоза

2.профессией

3.наличием осложнений

4.серотипом

13.СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ПРОВОДИТСЯ ПРИ:

1.парагриппе

2.микоплазменной инфекции

3.гриппе

4.риновирусной инфекции.

14. ПРИ ОРВИ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

1. амоксициллина

2. парацетомола

3. противовирусных препаратов;

4. правильно 2, 3

5. нет правильного ответа

14. К ПРАВИЛАМ СБОРА МОКРОТЫ ОТНОСИТСЯ

1. рекомендуется собирать утром, до приема пищи, перед сбором следует почистить зубы, сбор необходимо производить в стерильные контейнеры, которые должны быть доставлены в микробиологическую лабораторию не

позднее, чем через 2 ч после ее забора;

2. рекомендуется собирать утром, перед сбором не следует чистить зубы, сбор необходимо производить в стерильные контейнеры, которые должны быть доставлены в микробиологическую лабораторию не позднее, чем

через 2 ч после ее забора;

3. рекомендуется собирать утром, до приема пищи, перед сбором следует почистить зубы, сбор необходимо производить в стерильные контейнеры, которые должны быть доставлены в микробиологическую лабораторию не

позднее 24 часов после ее забора;

4.рекомендуется собирать вечером, сбор необходимо производить в стерильные контейнеры, которые должны быть доставлены в микробиологическую лабораторию не позднее, чем через 2 ч после ее забора;

1. нет правильного ответа.

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

**Задача №1**

Больной И., 23 лет, студент, жалуется на сухой кашель, першение в горле, повышение тем­пературы тела до 38,7С°, головную боль, общую слабость. Заболел вечером 12/1. Свое заболевание связывает с простудой.

Общее состояние средней тяжести. Температура тела 38,1С. Кожные покровы обычной окраски. Лимфатические узлы не пальпируются. Над легкими перкуторно определяется легочный звук. Дыхание везикулярное, число дыханий 22 в минуту. Границы сердца не увеличены. Тоны сердца приглушены, пульс ритмичный, 1 10 в минуту. АД 100/70 мм .рт. ст. Язык слегка об­ложен белым налетом. Зев резко гиперемирован, на слизистой мягкого неба имеется бес­цветная папулезная сыпь. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпиру­ется. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание в норме.

1 .Установить диагноз

2. Провести экспертизу трудоспособности.

3. Назначить лечение (рецепты)

**Задача №2**

Больная М., 20 лет, студентка, жалуется на кашель с трудно отхаркивающей мокротой, одышку, першение в горле, насморк, повышение температуры до 37,5, общую слабость.

Больна 4-й день (с 14/11). Свое заболевание связывает с участием на лыжных соревнова­ниях, после чего отмечалось переохлаждение.

Общее состояние удовлетворительное. Темпе­ратура 37.4С. Кожные покровы обычной окраски. Лицо, губы и кончики пальцев умеренно цианотичные. Лимфоузлы не пальпируются. Обе половины грудной клетки одинаково участ­вуют в акте дыхания Голосовое дрожание симметричное. Перкуторно над легкими с тампаническим оттенком легочный звук. Дыхание ослаблено. Выслушиваются рассеянные сухие хрипы в верхних отделах и мелкопузырчатые хрипы в средних и нижних отделах обоих лег­ких. Число дыханий 30 в минуту. Тоны сердца ясные. Пульс ритмичный, 96 в минуту. АД 110/70 мм. рт.ст. Коньюктивы глаз не инъецированы. Язык слегка обложен белым налетом Зев умеренно гиперемирован, из носа небольшое слизистое отделение. Живот мягкий, безбо­лезненный. Печень и селезенка не пальпируется. Флюорография грудной клетки: от 16/11 легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Сердце- размеры не увеличены.

1 .Установить диагноз

2. Провести экспертизу трудоспособности.

3. Назначить лечение (рецепты).

**Задача №3.**

Больная П., 21 года, студентка, жалуется на насморк, рези в глазах, сухой кашель, сла­бость, повышение температуры до 38С, боль в животе, жидкий стул до 3-4 раз в сутки.

Больна третий день (с 17/1). Была в контакте с пациентом с аналогичными симптомами заболевания.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмич­ный, 100 в минуту. А/Д 100/70 мм рт.ст. Конъюнктивы глаз инъецированы. Язык умеренно обложен белым налетом. Зев умеренно гиперемирован. Живот мягкий. При пальпации сле­пой кишки отмечается урчание и плеск жидкости, а также болезненность слева чуть ниже пупка. Печень выступает на 2 см, слегка чувствительна при пальпации. Селезенка не пальпи­руется. Стул жидкий 4-5 раз в сутки. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспус­кание не нарушено.

1 .Установить диагноз

2. Провести экспертизу трудоспособности.

3. Назначить лечение (рецепты).

**Задача №4**

Больная О., 22 лет, студентка, жалуется на сухой кашель, слезотечение, насморк, рвоту, частый жидкий стул, повышение температуры тела до 37,4С.

Больна 3-й день. Была в контакте с больной с подобными жалобами.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы увеличены. В легких выслушиваются единичные сухие хрипы, исчезающие после кашля. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглу­шены, пульс ритмичный, частота 108 в минуту. АД 100/70 мм. рт.ст. Конъюнктивы глаз уме­ренно инъецированы. Язык слегка обложен беловатым налетом. Зев диффузно гиперемирован. На слизистой мягкого неба имеется бесцветная папулезная зернистость. Живот мягкий, при глубокой пальпации отмечается плеск жидкости и урчание в слепой кишке, а также бо­лезненность слева чуть ниже пупка. Печень не пальпируется. Селезенка выступает на 2 см. Симптом поколачивания отрицательный. Стул 4 раза в сутки, жидкий. Мочеиспускание не нарушено.

1 .Установить диагноз

2. Провести экспертизу трудоспособности.

3. Назначить лечение (рецепты).

**Задача №5**

Больная П., 26 лет, студентка, жалуется на заложенность носа, слезотечение, першение в горле, сухой кашель, слабость, повышение температуры тела до 38,6С.

Заболела 3 дни назад (17/1). Была в контакте с пациентом с подобными жалобами.

Общее состояние средней тяжести. Температура тела 38,2С. Кожные покровы чистые. Лимфатиче­ские узлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, пульс ритмичный. 106 ударов в одну минуту. АД 100/80 мм.рт.ст. Конъюнктивы глаз уме­ренно инъецированы. Нос заложен. Зев резко гиперемирован, отмечается гиперплазия фолликулов. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспуска­ние без изменений.

1 .Установить диагноз

2. Провести экспертизу трудоспособности.

3. Назначить лечение (рецепты).

**Задача №6**

Больной И., 18 лет, студент, жалуется на сухой кашель, обильное серозно-слизистое вы­деление из носа, общую слабость, повышение температуры тела до 38,7С, головную боль, ре­зи в глазах. Болен 3-й день, свое заболевание связывает с контактом с пациентом, кото­рый имеет такие же проявления болезни.

Общее состояние средней тяжести. Температура тела 38,1С. Кожные покровы чистые. Подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы увеличены в диаметре до 3-4 мм, слегка болезненны при пальпации. Конъюнктивы склер резко гиперемированы. Язык умеренно обложен белым налетом. Зев резко гиперемирован. Миндалины увеличены, на­бухшие, но поверхность чистая. Над легкими перкуторно определяется ясный легочный звук. Дыхание везукуллярное. Выслушиваются единичные сухие хрипы, исчезающие после кашля. Тоны сердца приглушены, пульс ритмичный, 116 в минуту. АД 115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболез­ненный. Печень выступает на 2-3 см, слегка болезненна при пальпации. Селезенка выступа­ет на 1-2 см. Симптом Поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание без измене­ний.

1 .Установить диагноз

2. Провести экспертизу трудоспособности.

3. Назначить лечение (рецепты).

**Задача №7**

Больная П.,23 лет, студентка, жалуется на лающий сухой кашель, охриплость голоса, на­сморк головную боль, повышение температуры тела до 37,8С. Заболела на второй день после лыжных соревнований.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,6С. Кожные покровы обыч­ной окраски. Лимфоузлы не пальпируются. Язык слегка обложен беловатым налетом. Зев умеренно гпперемирован, особенно дужки. Миндалины чистые. Голос охрипший. Обе по­ловины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания, перкуторно над легкими определяется легочный звук. Дыхание везикулярное, выслушиваются единичные сухие хрипы, исче­зающие после покашливания. Число дыханий 22 в минуту. Верхушечный толчок сердца в V межреберье. Тоны сердца приглушены, пульс ритмичный, частота 116 в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

1 .Установить диагноз

2. Провести экспертизу трудоспособности.

3. Назначить лечение (рецепты).

**Задача №8**

Больная Л., 19 лет, студентка, жалуется на обильное водянистое выделение из носа, чи­хание, слезотечение, сухой кашель, появление герпеса на верхней губе, повышение темпе­ратуры тела до 37,6. Больна 3-й день. Имела контакт с аналогичным больным на занятии.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. На верхней губе имеется герпетическая сыпь. Лимфатические узлы не пальпируются. Конъюнктивы глаз гиперемированы. Язык слегка обложен белым налетом. Зев умеренно гиперемирован. Миндалины чистые. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук. Дыхание везикулярное. Число дыханий 20 в минуту. Гра­ницы сердца не изменены. Тоны сердца ясные. Пульс ритмичный, 100 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка пальпируется. Сим­птом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание без изменений.

1 .Установить диагноз

2. Провести экспертизу трудоспособности.

3.назначить лечение (рецепты).

**Задача №9**

Больной К. 26 лет обратился к участковому врачу с жалобами на сухой кашель, перше­ние в горле, слабость, повышение температуры тела до 37,8С. Заболел 2 дня назад.

Объективно: кожа бледная, лицо умеренно гиперемировано. Зев: гиперимия задней стен­ки. Слизистые выделения из носа. Увеличены подчелюстные, шейные, паховые лимфоуз­лы. Над легкими жесткое дыхание, единичные хрипы в подлопаточной области. Тоны сердца усилены, умеренная тахикардия, пульс 100 в мин. ритмичный, А/Д 100/80 мм рт.ст. Живот мягкий умеренно болезненный, стул жидкий 3 раза в сутки, мочеиспускание учаще­но, болезненное.

Врач открыл больничный лист с диагнозом ОРЗ, назначил обследование, лечение. Придя на очередной прием, больной предъявляет жалобы на стреляющие боли в правом ухе, головную боль, боль в грудной клетке при дыхании справа, кашель со скудной слизистой мокротой, повышение температуры тела до 38 С.

При объективном обследова­нии выявлено притупление перкуторного звука, мелко пузырчатые хрипы в подлопаточной области справа, ослабленное везикулярное дыхание. В анализах крови: лейкоциты 9,2x109 г/л, СОЭ - 30 мм/ч. Анализ мочи: удельный вес 1020, белок 0,033%, лейкоциты 15 в поле зрения, эритроциты 4-5 в поле зрения.

1 .Установить диагноз

2. Провести экспертизу трудоспособности.

3. Назначить лечение (рецепты).

**Задача №10**

Больной 40 лет, заболел 2 часа назад, на работе повысилась температура до 38 С, появи­лись мышечные боли, слабость, разбитость. К вечеру повысилась температура тела до 39 С, озноб, появились колющие боли в грудной клетке, усиливающие при кашле, кашель су­хой, затем со скудной мокротой, одышка. Больной принимал тетрациклин, температура тела не снижалась.

Объективно, состояние тяжелое, кожные покровы гиперемированы. Дыхание учащено, 26 в 1 мин., укорочение перкуторного звука над нижней долей левого легкого, мелкопузырчатые хрипы, тоны сердца приглушены. Язык сухой, живот мягкий, болезненный в околопу­почной области. Печень и селезенка не увеличены.

1 .Установить диагноз

2. Провести экспертизу трудоспособности.

3. Назначить лечение (рецепты).

***Место проведения самоподготовки:***

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс и др.

***Учебно-исследовательская работа студентов***

Анализ заболеваемости с временной нетрудоспособностью при ОРЗ и гриппе.

1. Анализ сроков временной нетрудоспособности при ОРЗ у больных с сопутствующей патологией органов дыхания.
2. Очаги хронической инфекции у больных перенесших ОРЗ.
3. Анализ эффективности вакцинации от гриппа, по данным обзора литературы.
4. Здоровый образ жизни в профилактике ОРЗ

**ЛИТЕРАТУРА**

**Основная:**

1. Поликлиническая терапия: учебник/ Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013-640 с.

2. Поликлиническая терапия: учебное пособие/М.В. Зюзенков (и др.); под редакцией М.В. Зюзенкова. –Минск: Высшая школа, 2012. – 608 с.

3.Поликлиническая терапия: учебник /под ред И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688 с.

**Дополнительная:**

1. Вирусные болезни человека: монография/ Ю. В. Лобзин [и др.]. - СПб.: СпецЛит, 2015. – 398с.
2. Грипп (сезонный, птичий, пандемический) и другие ОРВИ [Текст] / под ред. В. П. Малого, М. А. Андрейчина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 320 с.
3. Иммунотерапия : рук. / под ред. Р. М. Хаитова, Р. И. Атауллаханова . - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 672с.
4. Воспалительные биомаркеры в пульмонологии. Диагностическое значение: монография/ Г. А. Мавзютова, Г. А. Мухетдинова, Р. М. Фазлыева. - Saarbrucken: LAMBERT Academic Publishing, 2014. - 64 с.
5. Клинические и патогенетические закономерности гриппа H1N1/09 = Clinical and pathogenetic caracteristics of influenza HIHI/09: монография/ под ред. д-ра мед. наук, проф. А. В. Говорина. - Новосибирск: Наука , 2015. – 297 с.
6. Медицинская реабилитация: учебник : Мин. образования и науки РФ, рек. ГБОУ ВПО "Первый Московский гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова" для студ. учреждений ВПО, обуч. по спец. "Лечебное дело" и "Педиатрия" по дисц. "Медицинская реабилитация"/ под ред.: А. В. Епифанова, проф. Е. Е. Ачкасова, В. А. Епифанова. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. - 668 с.
7. Поликлиническая терапия: учебник для студентов медицинских вузов, рек. УМО мед. и фармац. вузов РФ / А. Я. Крюкова [и др.] ; под ред. А. Я. Крюковой ; МЗ и соц. развития РФ, Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа : Гилем, 2009. - 325 с.
8. Роль образовательных программ для пациентов в условиях модернизации профилактического направления здравоохранения/ А.Я. Крюкова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Ю.А. Кофанова / 2012, Уфа, ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России