

- и) Пройти полную санобработку
- к) Направиться в изолятор для контактных

Составить план ведения больного с кишечной и воздушно-капельной инфекциями на дому

На дому лечатся больные с легкими формами болезни при наличии благоприятных домашних условий

Кишечная инфекция: постельный режим; диета химически и механически щадящая; этиотропная терапия фторхинолонами, дезинтоксикационная терапия перорально, адсорбенты, ферменты, спазмолитики, эубиотики

Воздушно-капельная инфекция: изоляция от окружающих; постельный режим, молочно-растительная диета, обильное питье; противовирусная терапия, иммуномодуляторы; симптоматическая терапия; десенсибилизирующие средства

Студент должен уметь:

- 1. Самостоятельно курировать инфекционного больного с общим клиническим исследованием, установлением и обоснованием предварительного диагноза, планом обследования и лечения, оформлением учебной схемы истории болезни**
Схема заполнения истории болезни выдается каждому студенту
- 2. Рассчитать количество солевых растворов для парентеральной регидратации при кишечных инфекциях в зависимости от степени обезвоживания**
Объем раствора определяется степенью обезвоживания. Например, дегидратация IV степени соответствует потере жидкости 10 % от массы тела, значит при исходной массе тела в 70 кг необходимо назначить 7 литров солевого раствора и в дальнейшем корректировать потери жидкости
- 3. Оценить клинико-эпидемиологические и лабораторные исследования при диагностике некоторых наиболее часто встречающихся в крае инфекционных заболеваний**
В зависимости от рассматриваемого заболевания согласно учебного плана
- 4. Оформить экстренное извещение в случае острого инфекционного заболевания**
Бланк экстренного извещения выдается каждому студенту для заполнения
- 5. Оформить карты эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания**
Карта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания выдается каждому студенту для заполнения

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения Российской Федерации»**

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

**ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ И УМЕНИЯ
ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ,
ЧАСТНОЙ И ОБЩЕЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ
С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ
для студентов 5 курса лечебного факультета**

Красноярск'2011

ЧАСТЬ I: Вопросы

Студент должен знать:

1. Методику забора кала. Рвотных масс для бактериологического исследования.
2. Методику взятия мазков из носа и зева для бактериологического исследования.
3. Методику введения с лечебной целью гомо- и гетерологичных сывороток и иммуноглобулинов.
4. Технику постановки и правила оценки внутрикожных аллергических проб при бруцеллезе, токсоплазмозе и других инфекциях.
5. Распознавание ранних клинических признаков острой печеночной энцефалопатии.
6. Клинико-лабораторное определение степеней дегидратации при кишечных инфекциях.
7. Клиническое определение степеней инфекционно-токсического шока.
8. Показания для проведения люмбальной пункции.
9. Показания к проведению ректороманоскопии.
10. Оказание необходимой врачебной помощи на догоспитальном этапе:
 - При инфекционно-токсическом шоке
 - При гиповолемическом шоке
 - При анафилактическом шоке
 - При острой печеночной энцефалопатии
11. Неотложные клинико-эпидемиологические мероприятия при подозрении на особо опасные инфекции (чума, холера).
12. Составить план ведения больного с кишечной и воздушно-капельной инфекцией на дому.

Студент должен уметь:

1. Самостоятельно курировать инфекционного больного с общим клиническим исследованием, установлением и обоснованием предварительного диагноза, планом обследования и лечения, оформлением учебной схемы истории болезни.
2. Рассчитать количество солевых растворов для парентеральной регидратации при кишечных инфекциях в зависимости от степени обезвоживания.
3. Оценить клинико-эпидемиологические и лабораторные исследования при диагностике некоторых наиболее часто встречающихся в крае инфекционных заболеваний.
4. Оформить экстренное извещение в случае острого инфекционного заболевания.
5. Оформить карты эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания.

- б) Отсутствие эффекта от проводимой терапии
- в) С целью подтверждения диагноза дизентерии со стертым течением

Оказание необходимой врачебной помощи на догоспитальном этапе

При инфекционно-токсическом шоке

- а) Внутривенное введение солевых растворов
- б) Преднизолон 60-90 мг, корглюкон 0,06 %- 1,0 мл в/в капельно
- в) Контроль гемодинамики, диуреза
- г) Доставка в стационар реанимационной бригадой скорой медицинской помощи

При гиповолемическом шоке

- а) Внутривенное введение солевых растворов (ацесоль, дисоль и др.) струйно со скоростью 100-120 мл/мин первые 2-4 литра, затем со скоростью 30-60 мл/мин, общим объемом до 7-10 % от массы тела
- б) Контроль гемодинамики, диуреза
- в) Доставка в стационар реанимационной бригадой скорой медицинской помощи

При анафилактическом шоке

- а) Немедленно прекратить введение препарата, наложить жгут выше места инъекции, ни в коем случае не выходить из вены
- б) В место введения препарата – адреналин 0,1 %-0,5-1,0 мл
- в) Дексаметазон 16 ЕД в/в струйно, и 16 ЕД в/в капельно
- г) Контроль гемодинамики, диуреза
- д) Доставка в стационар реанимационной бригадой скорой медицинской помощи

Неотложные клинико-эпидемиологические мероприятия при подозрении на особо опасные инфекции (чума, холера)

При выявлении больного, подозрительного на ООИ, медработник обязан:

- а) Нарочным, не бывшем в контакте с больным, или по телефону сообщить в поликлинику о выявлении больного и запросить необходимую помощь
- б) Запретить допуск в квартиру посторонних лиц, выход из квартиры и общение больного с проживающими с ним, кроме одного ухаживающего
- в) Надеть респиратор из подручных средств самому и ухаживающему за больным
- г) Членов семьи больного при наличии второго помещения изолировать
- д) Запретить до пребывания дезинфекторной бригады выносить что-либо из очага, выливать в канализацию или выносить выделения больного, воду после мытья рук, посуды и других предметов
- е) Составить список лиц, общавшихся с больным в течение максимального инкубационного периода заболевания
- ж) Оказать больному медицинскую помощь
- з) Сопровождать больного при эвакуации

- Гипотермия, афония, анурия
- Генерализованные продолжительные судороги, «рука акушера», «конская стопа»; судорожные сокращения мышц живота приводят к болевым ощущениям и напряжению брюшного пресса, сокращение диафрагмы вызывает икоту
- При развитии гиповолемического шока пульс на периферических сосудах не определяется, АД резко снижено, тоны сердца глухие, аритмичные
- Дыхание учащено, поверхностное, аритмичное 40-60 в минуту
- Эритроцитоз, лейкоцитоз, нейтрофилез, гемоконцентрация, гипокалиемия (до 2,5 ммоль/л), гипохлоремия, гипонатриемия, выраженный стойкий декомпенсированный метаболический ацидоз (рН менее 7,3), одновременно респираторный алкалоз малого круга кровообращения
- По ЭКГ – диастолическая перегрузка правых отделов сердца

Клиническое определение степеней инфекционно-токсического шока

Критерии тяжести	I степень	II степень	III степень
Сознание	Возбуждение	Заторможенность	Спутанное, отсутствует
Реакция зрачков	Сужены	Расширены, реакция вялая	
Температура	Гипертермия	Критическое падение	
Кожные покровы	Цианоз губ и ногтевых фаланг	Акроцианоз, холодный пот	Тотальный цианоз
Дыхание	Не нарушено	Легкая одышка	Поверхностная одышка
АД	норма	Снижено до 80 мм рт.ст.	Снижено менее 80 мм рт.ст.
Пульс	Умеренная тахикардия	Тахикардия более 100 в минуту	Нитевидный, не определяется
Индекс Аллговера	До 1,0	1-1,5	Более 1,5
Диурез	Несколько снижен	олигоурия	Анурия
Геморрагический синдром	Не характерен	Рвота «кофейной гущей», гематурия, мелена, ДВС-синдром	

Показания к проведению люмбальной пункции

- Этиологическая расшифровка менингеального и менингоэнцефалитического синдромов
- Контроль эффективности терапии

Показания к проведению ректороманоскопии при кишечных инфекциях

- Необходимость дифференцировать острую дизентерию с другими заболеваниями

ЧАСТЬ II: Эталоны ответов

Методика забора кала, рвотных масс для бактериологического исследования

- посев испражнений производят в возможно более ранние сроки от начала заболевания до начала этиотропной терапии. Для посева используют свежевыделенные фекалии, где наибольшее количество возбудителя сосредоточено в слизисто-гнойных комочках, которые вносят в консервант (физ.раствор или глицериновая смесь)
- рвотные массы, промывные воды желудка собираются в стерильную посуду (сосуд должен быть промыт дез.раствором, затем горячей водой для удаления дез.раствора)

Методика взятия мазков из носа и зева для бактериологического исследования

Забор проводят при первичном осмотре, обязательно до начала приема антибиотиков. Материал забирают тампоном утром натощак или через 2 часа после еды с предварительным полосканием полости рта. Быстрая доставка в лабораторию (не позднее чем через 2-3 часа после забора). Посев проводят на селективные питательные среды.

Методика введения с лечебной целью гомо- и гетерологичных сывороток и иммуноглобулинов

- гомологичные сыворотки и иммуноглобулины вводятся в однократной дозе
- гетерологичные сыворотки и иммуноглобулины вводят по методу Безредко: прежде всего проводится определение чувствительности к сыворотке – внутрикожно вводят 0,1 мл разведенной 1:100 сыворотки (специальная ампула прилагается). *При отрицательной реакции* через 20 минут вводится 0,1 мл цельной сыворотки подкожно и через 30 минут лечебная доза сыворотки в/м или в/в. Сыворотки вводятся в/в подогретая до 37°C в 250 мл физ.раствора под прикрытием внутривенного введения 60-90 мг преднизолона. *При повышенной чувствительности* к разведенной в 1:100 сыворотке она вводится в/м 0,5-5 мл, через 20 минут в/м 0,1 мл цельной сыворотки, через 30 минут в/в вся оставшая доза. Обязательно введение преднизолона. *При положительной пробе* суточная доза сыворотки вводится одномоментно под глубоким интубационным наркозом фторотаном.

Техника постановки и правила оценки внутрикожных аллергических проб при бруцеллезе, токсоплазмозе и других инфекциях

В асептических условиях вводится внутрикожно 0,1 мл препарата (бруцеллина, токсоплазмина и др.) в среднюю треть ладонной поверхности предплечья. Через 24 и 48 часов проводится учет результатов. Реакцию учитывают по местной (величина инфильтрата до 1 см – сомнительная, 1-3 см

– слабоположительная, 3-6 см – положительная, более 6 см – резко положительная), очаговой и общей реакциям.

Распознавание ранних клинических признаков острой печеночной энцефалопатии

Больным свойственна легкая несобранность, инверсия сна (сонливость днем, бессонница ночью), тревожный сон с яркими устрашающими сновидениями, чувство «провала в пропасть» при закрывании глаз, замедленность мышления, стереотипичность в ответах, конструктивная апраксия, изменение почерка, тремор, повторная рвота, уменьшение размеров печени с появлением боли на фоне усиления желтухи.

Клинико-лабораторное определение степеней дегидратации при кишечных инфекциях

I ст. – потеря жидкости до 3 % от массы тела

II ст. - потеря жидкости 4-6 % от массы тела

III ст. - потеря жидкости 7-9 % от массы тела

IV ст. - потеря жидкости 10 % и более от массы тела

Дегидратация I степени:

- Первым симптомом заболевания является жидкий водянистый стул, в редких случаях – кашицеобразный, оформленный
- Частота диареи до 10 раз в сутки, продолжительность диареи не более 3 суток, испражнения не обильные, диурез не изменен
- Рвоты, как правило, не отмечается
- Кожа влажная, тургор не изменен, цианоза нет, судороги отсутствуют
- У большей части больных – сухость слизистой оболочки рта
- Боль в животе не характерна, живот мягкий, при пальпации определяется урчание по ходу тонкого кишечника
- АД в пределах возрастной нормы, возможна незначительная лабильность пульса
- Показатели крови (вязкость, гематокрит, электролиты) не отклоняются от нормы

Дегидратация II степени

- Продромальный период не выражен, либо кратковременный; жидкий стул обильный до 10-15 раз в сутки, быстро становится водянистым, иногда напоминает рисовый отвар
- Понос не сопровождается тенезмами, боли в животе нет или очень умеренные. При пальпации определяется урчание
- Через несколько часов (иногда на 2-3 день) присоединяется рвота до 5-10 раз в сутки без предшествующей тошноты
- Общая потеря жидкости с диареей и рвотой достигает 5-6 литров, быстро наступают слабость, головокружение и обморочные состояния
- Бледность и сухость кожных покровов

- Язык сухой, обложен бурым налетом, сухость во рту, охриплый голос
- Температура тела нормальная или субфебрильная
- Тахикардия, гипотония
- Возможны кратковременные судороги мышц конечностей
- Нарушения электролитного состава крови непостоянны и носят транзиторный характер, чаще наблюдается гипокалиемия и гипохлоремия

Дегидратация III степени

Отличается появлением всех признаков эксикоза и состоянием неустойчивой компенсации. В тоже время, в отличие от IV степени, отсутствуют вторичные нарушения гемостаза и органная патология

- Обильный водянистый стул 10-20 раз в сутки
- Рвота более 20 раз в сутки, обильная, «бьющая широкой струей», без предшествующей тошноты; рвотные массы вначале окрашены желчью, затем быстро становятся водянистыми и напоминают рисовый отвар
- По мере обезвоживания рвота становится болезненной, затрудненной, вызывая ощущение давящего узла в желудке
- Состояние тяжелое, черты лица заострены, губы сухие, черные, скулы выдаются, темные круги под глазами, мучительная жажда
- Кожа и слизистые сухие, тургор кожи снижен, кожная складка расправляется медленно, кожа кистей рук морщинистая («руки прачки»), акроцианоз
- Судороги мышц конечностей (чаще - икроножных)
- Голос осиплый вплоть до афонии, речь шепотом; язык сухой, температура тела 35,5-36°C
- АД значительно снижено. Пульс частый, слабый
- Олиго- или анурия
- Учащенное шумное дыхание в связи с развитием декомпенсированного метаболического ацидоза (pH 7,3-7,36)
- Сгущение крови умеренное, гипокалиемия, гипохлоремия, компенсаторная гипернатриемия

Дегидратация IV степени

Соответствует наиболее тяжелой форме холеры

- Непрерывная дефекация («дорожка фекальных масс») и обильная мучительная рвота приводят к тяжелейшему обезвоживанию и гиповолемическому шоку в первые 3-12 часов
- Сознание сохранено, черты лица заострены, глаза запавшие темные круги под глазами, глазные яблоки повернуты вверх, щеки ввалившиеся. Резко выступают вперед нос и скулы («facies cholera»), выражение лица страдальческое, вследствие подсыхания роговицы нарушается зрение
- Кожные покровы холодные, покрыты липким потом, тотальный цианоз, «руки прачки», кожная складка не расправляется в течение часа