

ФОНД

оценочных средств

По дисциплине «Инфекционные болезни, фтизиатрия»

Уровень высшего образования

СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки

31.05.03. – РФ, 560004 – КР стоматология

(код и наименование направления подготовки)

Квалификация

Врач-стоматолог

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

<i>Формируемые компетенции</i>	<i>Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций</i>	<i>Виды оценочных средств / шифр раздела в данном документе</i>
ОПК-5: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Знать: морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека	Блок А, D: — тестовые задания; — устный опрос
	Уметь: применять методы диагностики, в том числе с применением инструментальных медицинских изделий при диагностических исследованиях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	Блок В: — решение ситуационных задач;
	Владеть: способами верификации диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей специалистов.	Блок В, С: — решение ситуационных задач; — интерпретация анализов.
ОПК-13: Способен решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий с учетом основных требований информационной безопасности	Знать: методологию поиска научной и технической информации в сети Интернет и специализированных базах данных, основные приемы работы со специализированным программным обеспечением при проведении теоретических расчетов и обработке экспериментальных данных	Блок А, D: — тестовые задания; — устный опрос
	Уметь: применять стандартные и специализированные программы для решения задач профессиональной сферы деятельности, использовать информационно-коммуникационные и компьютерные технологии для представления результатов профессиональной деятельности стоматолога.	Блок В: — решение ситуационных задач;
	Владеть: навыками работы со специализированными программами для решения задач профессиональной сферы деятельности, представления результатов работы в виде печатных материалов и устных сообщений; правилами конфиденциальности при работе с информационными базами данных.	Блок В, С: — решение ситуационных задач; — интерпретация анализов.

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств / шифр раздела в данном документе
ПК-1: Готов к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания	Знать: методы и средства сбора и анализа жалоб пациента, данные его анамнеза, показания и противопоказания к проведению дополнительных клинических и параклинических методов исследования; необходимость проведения сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза; этиопатогенез, клиническую картину и диагностику основных стоматологических заболеваний	Блок А, D: — тестовые задания; — устный опрос
	Уметь: собирать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза; назначать лабораторные, инструментальные, патологоанатомические и иные исследования в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологических заболеваний.	Блок В: — решение ситуационных задач;
	Владеть: навыками критической оценки результатов лабораторных, патологоанатомических исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия, или отсутствия стоматологического заболевания, принципами врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами.	Блок В, С: — решение ситуационных задач; — интерпретация анализов.

2. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ

Курс 4, семестр 7, ЗЕ-3, отчетность — зачет с оценкой

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный min (баллы)	Зачетный max (баллы)	График контроля
Модуль 1					
Кишечные инфекции. Вирусные гепатиты. Острые респираторные инфекции	текущий	Опрос; Курация больного; СРС: (Доклад с презентацией); Посещаемость: (за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл).	8	15	5 неделя
	рубежный	Контрольная работа	4	7	
Модуль 2					
Воздушно- капельные и особо опасные инфекции	текущий	Опрос; Курация больного; СРС: (Доклад с презентацией); Посещаемость: (за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл).	9	16	10 неделя
	рубежный	Контрольная работа	5	8	
Модуль 3					
Фтизиатрия	текущий	Опрос; Курация больного; СРС: (Доклад с презентацией); Посещаемость: (за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл).	9	16	15 неделя
	рубежный	Контрольная работа	5	8	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (зачет с оценкой)	Билет; Ситуационная задача; Интерпретация лабораторных анализов		20	30	16 неделя
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

**3. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ,
НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ (ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА)**

БЛОК А

ТЕСТЫ

- 1. Укажите, к какому виду бактерий относится возбудитель ботулизма:**
 - a) Иерсиния;
 - b) Сальмонелла;
 - c) Листерия;
 - d) Клостридия;
 - e) Вибрион.

- 2. Наиболее опасным при ботулизме является:**
 - a) Нарушение зрения;
 - b) Нарушение глотания;
 - c) Нарушение дыхания;
 - d) Аспирация;
 - e) Парез кишечника.

- 3. Назовите факторы передачи при ботулизме:**
 - a) Кисломолочные продукты;
 - b) Домашняя консервация;
 - c) Кондитерские изделия;
 - d) Сырые овощи и фрукты;
 - e) Крупяные каши.

- 4. При ботулизме поражение нервной системы характеризуется:**
 - a) Парезом глазодвигательных мышц;
 - b) Расстройством сознания;
 - c) Судорожным синдромом;
 - d) Нарушением чувствительности;
 - e) Менингеальным синдромом.

- 5. К больной А., 45 лет приехала бригада скорой помощи. Пациентка жаловалась на выраженную слабость, сухость во рту, «нечеткость видения предметов», двоение предметов, затруднение при глотании твердой пищи. Больна в течение 2-х суток, заболевание началось с тошноты и однократной рвоты через 5–6 часов после употребления в пищу консервированного салата из баклажан. При осмотре врач констатировал наличие у больной двухстороннего птоза, мидриаза, ограничение подвижности глазных яблок, осиплость голоса и невнятность речи, парез кишечника. Нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем не выявлено. О каком предварительном диагнозе можно думать?**
 - a) Сальмонеллез;
 - b) Стволовой энцефалит;

- с) Пищевой ботулизм;
- д) Острое нарушение мозгового кровообращения;
- е) Полиомиелит.

6. К больной А., 45 лет приехала бригада скорой помощи. Пациентка жаловалась на выраженную слабость, сухость во рту, «нечеткость видения предметов», двоение предметов, затруднение при глотании твердой пищи. Больна в течение 2-х суток, заболевание началось с тошноты и однократной рвоты через 5–6 часов после употребления в пищу консервированного салата из баклажан. При осмотре врач констатировал наличие у больной двухстороннего полуптоза, мидриаза, ограничение подвижности глазных яблок, осиплость голоса и невнятность речи, парез кишечника. Нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем не выявлено. Поражение какой пары черепно-мозговых нервов есть у больной из нижеперечисленных?

- а) I пары;
- б) II пары;
- с) III пары;
- д) IV пары;
- е) V пары.

7. К больной А., 45 лет приехала бригада скорой помощи. Пациентка жаловалась на выраженную слабость, сухость во рту, «нечеткость видения предметов», двоение предметов, затруднение при глотании твердой пищи. Больна в течение 2-х суток, заболевание началось с тошноты и однократной рвоты через 5–6 часов после употребления в пищу консервированного салата из баклажан. При осмотре врач констатировал наличие у больной двухстороннего полуптоза, мидриаза, ограничение подвижности глазных яблок, осиплость голоса и невнятность речи, парез кишечника, слабость мышечную, особенно мышц шеи. Нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем не выявлено. Поражения какой пары черепно-мозговых нервов нет у больной из нижеперечисленных?

- а) III пары;
- б) IX пары;
- с) X пары;
- д) XI пары;
- е) XII пары.

8. Для специфической диагностики ботулизма применяют:

- а) Бактериологическое исследование крови;
- б) Копрологическое исследование;
- с) Реакцию нейтрализации токсина на мышах;
- д) Исследование цереброспинальной жидкости;
- е) Реакцию непрямой гемагглютинации.

- 9. К больной А., 45 лет приехала бригада скорой помощи. Пациентка жаловалась на выраженную слабость, сухость во рту, «нечеткость видения предметов», двоение предметов, затруднение при глотании твердой пищи. Болея в течение 2-х суток, заболевание началось с тошноты и однократной рвоты через 5–6 часов после употребления в пищу консервированного салата из баклажан. При осмотре врач констатировал наличие у больной двухстороннего полуптоза, мидриаза, ограничение подвижности глазных яблок, осиплость голоса и невнятность речи, парез кишечника. Нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем не выявлено. Введение какого из нижеперечисленных средств является обязательным в терапии больной?**
- a) Специфического бактериофага;
 - b) Антитоксической сыворотки;
 - c) Человеческого иммуноглобулина;
 - d) Антибактериальной сыворотки;
 - e) Антивирусной сыворотки.
- 10. В неотложные мероприятия по лечению ботулизма не входит:**
- a) Промывание желудка и кишечника;
 - b) Введение противоботулинической сыворотки;
 - c) Дезинтоксикационная терапия;
 - d) Дегидратационная терапия;
 - e) Оксигенотерапия.
- 11. Назовите сальмонеллу, наиболее значимую в эпидемиологическом плане при сальмонеллезе:**
- a) *Salmonella paratyphi A*;
 - b) *Salmonella typhi*;
 - c) *Salmonella enteritidis*;
 - d) *Salmonella bareilly*;
 - e) *Salmonella anatum*.
- 12. Укажите механизм передачи возбудителя при сальмонеллезе:**
- a) Воздушно-капельный;
 - b) Фекально-оральный;
 - c) Трансмиссивный;
 - d) Гемоконтактный;
 - e) Вертикальный.
- 13. Выберите симптомы характерные для гастроинтестинальной формы сальмонеллеза?**
- a) Тошнота, рвота, обильный водянистый стул зеленоватого цвета, диффузные боли в животе, высокая температура;
 - b) Рвота без тошноты, без болей в животе, нормальная температура;
 - c) Схваткообразные боли в животе, скудный стул, высокая температура;
 - d) Обильный водянистый стул типа «рисового отвара», без болей в животе, нормальная температура;

- е) Тошнота, многократная рвота, режущие боли в эпигастрии, нормальная температура.

14. Для сальмонеллеза характерен следующий вид испражнений:

- а) Жидкий с примесью стекловидной слизи;
- б) Жидкий, обильный, водянистый;
- в) Жидкий, скудный в виде комочка слизи с прожилками крови;
- г) Жидкий, обильный, с примесью гноя, крови, резким гнилостным запахом;
- е) Жидкий, с примесью алой крови.

15. Основой антибактериального лечения гастроинтестинальных форм сальмонеллеза является:

- а) Бензилпенициллин;
- б) Ципрофлоксацин;
- в) Кларитромицин;
- г) Рифампицин;
- е) Меропенем.

16. Какие симптомы отличают генерализованную форму сальмонеллеза от локализованной?

- а) Рвота;
- б) Боли в животе;
- в) Жидкий стул;
- г) Гепатоспленомегалия;
- е) Лихорадка.

17. Сальмонеллез отличается от холеры:

- а) Гиповолемией;
- б) Обильной диареей;
- в) Симптомами олигоанурии.
- г) Интоксикацией, гипертермией;
- е) Развитием судорог.

18. Хроническое бактерионосительство при сальмонеллезе длится:

- а) 15–30 дней;
- б) 30–45 дней;
- в) 45–60 дней;
- г) 60–90 дней;
- е) более 90 дней.

19. У мужчины 30 лет отмечается повышение температуры до 38,5⁰С, головная боль, схваткообразные боли вокруг пупка и внизу живота, частый жидкий стул со слизью до 8 раз в сутки, снижение артериального давления до 110/70 мм.рт.ст. Заболевание началось остро 2 дня назад. Результат, какого обследования будет решающим для постановки диагноза сальмонеллез?

- а) Копрограммы;

- b) Общего анализа крови;
- c) Серологического обследования;
- d) Биохимического анализа крови;
- e) Бактериологического посева кала.

20. У мужчины 30 лет отмечается повышение температуры до 38,5⁰С, головная боль, схваткообразные боли вокруг пупка и внизу живота, частый жидкий стул со слизью до 8 раз в сутки, снижение артериального давления до 110/70 мм.рт.ст. Заболевание началось остро 2 дня назад. Какому варианту локализованной формы сальмонеллеза соответствует клиническая симптоматика пациента?

- a) Гастритическому;
- b) Гастроэнтеритическому;
- c) Гастроэнтероколитическому;
- d) Энтероколитическому;
- e) Колитическому.

21. Шигеллез относится к группе:

- a) Энтеропатогенных кишечных инфекций;
- b) Энтеротоксигенных кишечных инфекций;
- c) Энтероинвазивных кишечных инфекций;
- d) Персистирующей диареи;
- e) Секреторной диареи.

22. Причиной гастроэнтероколитического варианта острой дизентерии является, как правило:

- a) шигелла Флекснера;
- b) шигелла Зонне;
- c) шигелла Бойда;
- d) шигелла Григорьева-Шига;
- e) шигелла Ларджа-Сакса.

23. Шигеллез протекает с преимущественным поражением:

- a) Желудка;
- b) Проксимального отдела тонкой кишки;
- c) Дистального отдела тонкой кишки;
- d) Проксимального отдела толстого кишечника;
- e) Дистального отдела толстого кишечника.

24. Наиболее тяжелое осложнение при шигеллезе:

- a) Выпадение прямой кишки;
- b) Гипертермия;
- c) Инфекционно-токсический шок;
- d) Кахексия;
- e) Судорожный синдром.

25. Типичная форма дизентерии отличается от атипичной формы дизентерии:

- a) Более коротким инкубационным периодом;
- b) Более острым началом;
- c) Частыми симптомами гастроэнтерита;
- d) Частыми симптомами гемоколита;
- e) Преобладанием легкой и среднетяжелой форм.

26. Какое сочетание симптомов характерно для колитического варианта дизентерии?

- a) Высокая температура, рвота, приступообразные боли в животе, вздутие;
- b) Высокая температура, боли в левой подвздошной области, скудный стул с примесью слизи и крови;
- c) Нормальная температура, боли в правой подвздошной области, жидкий стул с кровью;
- d) Высокая температура, диффузные боли в животе, обильный водянистый стул;
- e) Нормальная температура, боли в правой подвздошной области, жидкий стул типа «малинового желе».

27. Мужчина 40 лет заболел остро с повышением температуры до 40⁰С, сопровождающейся ознобом, головной болью, резкой слабостью. Одновременно появились сильные боли в животе с мучительными тенезмами, стул более 20 раз в сутки скудный, в виде комочков слизи с прожилками крови. Пальпируется спазмированная и болезненная сигмовидная кишка. Какой из нижеперечисленных препаратов необходимо назначить больному?

- a) Пенициллин;
- b) Линкамицин;
- c) Ципрофлоксацин;
- d) Рифампицин;
- e) Амикацин.

28. Мужчина 40 лет заболел остро с повышением температуры до 40⁰С, сопровождающейся ознобом, головной болью, резкой слабостью. Одновременно появились сильные боли в животе с мучительными тенезмами, стул более 20 раз в сутки скудный, в виде комочков слизи с прожилками крови. Пальпируется спазмированная и болезненная сигмовидная кишка. Воспалению какого отдела желудочно-кишечного тракта соответствует клиническая симптоматика у больного?

- a) Гастрит;
- b) Гастроэнтерит;
- c) Энтерит;
- d) Энтероколит;
- e) Колит.

29. Мужчина 40 лет заболел остро с повышением температуры до 40⁰С, сопровождающейся ознобом, головной болью, резкой слабостью. Одновременно появились сильные боли в животе с мучительными тенезмами, стул более 20 раз в сутки скудный, в виде комочков слизи с прожилками крови. Пальпируется спазмированная и болезненная

сигмовидная кишка. Оцените тяжесть состояния и выберите правильную формулировку диагноза?

- a) Острая дизентерия, типичная форма, средней тяжести;
- b) Острая дизентерия, типичная тяжелая форма;
- c) Острая дизентерия, типичная форма, легкое течение;
- d) Острая дизентерия, атипичная форма, средней тяжести, без обезвоживания;
- e) Энтероколит неуточненной этиологии, средней тяжести, без обезвоживания.

30. Ведущий лабораторный синдром при острых вирусных гепатитах:

- a) Цитолиз;
- b) Холестаз;
- c) мезенхимально-воспалительный;
- d) ДВС-синдром;
- e) Жировая инфильтрация.

31. При вирусных гепатитах проявлением холестатического синдрома является:

- a) Повышение в крови уровня сывороточного железа;
- b) Повышение в крови уровня свободного билирубина;
- c) Повышение уровня холестерина и активности щелочной фосфатазы;
- d) Повышение активности АЛТ, АСТ;
- e) Снижение показателя сулемовой пробы.

32. При вирусных гепатитах:

- a) Биохимические показатели позволяют дифференцировать этиологию гепатита;
- b) Биохимические показатели в настоящее время утратили свое диагностическое значение;
- c) Обнаружение HBsAg - наиболее поздний серологический признак ВГВ;
- d) HBsAg - наиболее важный маркер ВГЕ;
- e) Обнаружение в крови маркеров позволяет верифицировать вид гепатита.

33. Диагностическим признаком развития острой печеночной недостаточности является:

- a) Прогрессивное нарастание желтухи;
- b) Протеинурия;
- c) Изменение цвета мочи;
- d) Энцефалопатия;
- e) Увеличение размеров печени.

34. Естественный путь передачи возбудителя гепатита В может реализоваться при:

- a) Переливании крови;
- b) Внутривенном введении лекарственных средств;
- c) Парентеральном введении наркотических препаратов;
- d) Половых сношениях;
- e) Рукопожатии с носителем HBsAg.

- 35. При остром гепатите В без дельта агента в сыворотке крови методом ИФА выявляют:**
- a) HBsAg;
 - b) anti-HCV;
 - c) anti-HAV IgM;
 - d) HBcorAg;
 - e) anti-HDV IgM.
- 36. После проведения курса вакцинации против гепатита В, в сыворотке крови методом ИФА выявляют:**
- a) anti-HBcore IgM;
 - b) anti-HBcore IgG;
 - c) anti-HBe;
 - d) anti-HBs;
 - e) HBsAg.
- 37. При вирусном гепатите В в крови не обнаруживается специфический маркер:**
- a) HBsAg;
 - b) HBeAg;
 - c) HBcAg;
 - d) anti-HBs;
 - e) anti-HBc IgM.
- 38. Длительная циркуляция HBsAg после перенесенного гепатита В является критерием:**
- a) Хронизации процесса;
 - b) Активной репликации вируса;
 - c) Развития цирроза печени;
 - d) Обострения процесса;
 - e) Усугубления тяжести заболевания.
- 39. У больного, перенесшего несколько лет назад острый гепатит В без последующего формирования хронического гепатита, в сыворотке крови определяют:**
- a) anti-HBcore IgM;
 - b) anti-HBcore IgG;
 - c) HBsAg;
 - d) HBeAg;
 - e) anti-HAV IgM.
- 40. На формирование хронического гепатита В, в желтушном периоде, указывает обнаружение:**
- a) anti – HBcIg M;
 - b) HBeAg;
 - c) HBcor Ag;
 - d) anti – HBs;
 - e) anti – HBe.

41. Ребенок родился от нормальных родов. У матери отмечается носительство HBsAg. Какова тактика врача по отношению к прививкам ребенка против гепатита В?

- a) Вакцинацию против гепатита В отложить на 1 месяц;
- b) Вакцинацию против гепатита В отложить на 6 месяцев;
- c) Вакцинация против гепатита В в первые 12 часов жизни;
- d) Вакцинацию против гепатита В отложить на 1 год;
- e) Вакцинация против гепатита В не проводится.

42. Больная 40 лет, поступила в отделение на 13-й день болезни с жалобами на тошноту, рвоту, сонливость днем, бессонницу ночью, кровоточивость десен, потемнение мочи, ахоличный стул. Заболела постепенно с развития слабости, потери аппетита, появления болей в суставах, подъема температуры тела до 37,3°C. На 12-й день потемнела моча, обесцветился стул. При осмотре выявлена желтуха, гепатоспленомегалия. О каком заболевании можно подумать?

- a) Вирусный гепатит А;
- b) Вирусный гепатит Е;
- c) Вирусный гепатит В;
- d) Вирусный гепатит С;
- e) Вирусный гепатит Д.

43. Препаратом выбора в лечении хронического гепатита В является:

- a) Гамма-глобулины;
- b) HBV-вакцина;
- c) Поливалентная сыворотка;
- d) Аналоги нуклеозидов;
- e) Ацикловир.

44. Укажите неправильное утверждение по отношению к вирусному гепатиту Д:

- a) Вызывается дефектным вирусом, для репликации которого необходим HBsAg;
- b) При одновременном заражении вирусами В и Д развивается острый смешанный гепатит;
- c) Инфицирование вирусом Д носителей HBsAg не сопровождается клиническими проявлениями;
- d) Инфицирование вирусом Д больных ХВГВ вызывает резкое обострение болезни;
- e) Вакцинация против ВГВ предупреждает инфицирование ВГД.

45. Вирусный гепатит Д:

- a) Вызывается вирусом, содержащим ДНК;
- b) Относится к наиболее частой форме ВГ;
- c) Имеет преимущественно фекально-оральный механизм передачи;
- d) Хорошо поддается лечению кортикостероидами;
- e) Вызывается вирусом, содержащим РНК.

46. Укажите неправильное утверждение в отношении ВГД:

- a) Репликация вируса возможна при наличии HBsAg;
- b) Часто маркеры ВГД выявляются у больных ХАГ и циррозом печени;

- с) При Ко-инфекции клинические проявления имеют двухфазное течение;
- д) В отличие от ВГВ при остром ВГД температура часто повышается во время желтушного периода выше 38°C;
- е) Ко-инфекция ВГД имеет легкое течение с большей вероятностью хронизации.

47. Острый дельта-гепатит (суперинфекция) может развиваться у:

- а) Здоровых людей, не являющихся носителями HBsAg;
- б) Больных хроническим гепатитом В;
- с) Больных гепатитом А;
- д) Больных гепатитом С;
- е) Больных гепатитом Е.

48. Больная А., 34 лет, врач-анестезиолог, обратилась в больницу с жалобами на высокую температуру тела, боль в правом подреберье, коленных и лучезапястных суставах. Больна 3-й день, заметила появление сыпи на теле, усилилась тошнота, была повторная рвота, изменился цвет мочи, температура тела повысилась до 39,7°C. При осмотре: тяжелое состояние, желтуха, артралгии, боли в правом подреберье. Живот вздут, болезненный в правом подреберье, печень пальпируется на 4,0 см ниже края реберной дуги. Селезенка увеличена. При биохимическом исследовании крови: Общий билирубин- 232 мкмоль/л, билирубин прямой - 150 мкмоль/л, не прямой - 82 мкмоль/л, АлАТ – 624 Ед/л, АсАТ – 423 Ед/л, тимоловая проба - 14 ед. При ИФА: обнаружены HBsAg, anti-HBcore IgG и anti-HDV IgM. Ваш диагноз?

- а) Острый вирусный гепатит D, супер-инфекция;
- б) Острый Вирусный гепатит В, тяжелое течение;
- с) Острый вирусный гепатит D, ко-инфекция;
- д) Острый вирусный гепатит В, желтушная форма;
- е) Острый вирусный гепатит В, фульминантная форма.

49. При наличии симптомов холестаза у больных хроническим гепатитом целесообразно назначить:

- а) Ацетилсалициловую кислоту;
- б) Лимонную кислоту;
- с) Арахидоновую кислоту;
- д) Альмагель;
- е) Урсодезоксихолевую кислоту.

50. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами вирусного гепатита В проводится в течение:

- а) 2 месяцев;
- б) 3 месяцев.
- с) 6 месяцев;
- д) 12 месяцев;
- е) 24 месяцев.

51. При вирусных гепатитах:

- a) Развитие хронического процесса характерно для ВГА;
- b) Наиболее частым исходом любого гепатита является хронизация процесса;
- c) Развитие хронического течения характерно для ВГС;
- d) Течение болезни, как правило, волнообразное;
- e) Острые формы ВГЕ заканчиваются формированием цирроза печени.

52. Причины развития внепеченочных проявлений при гепатите С? Выберите неправильный ответ.

- a) Внепеченочная репликация вируса;
- b) Аутоиммунные реакции;
- c) Реакция гиперчувствительности замедленного типа;
- d) Мутации вируса;
- e) Неадекватное лечение.

53. Методом ранней диагностики острого гепатита С является:

- a) ПЦР- диагностика;
- b) Иммуноферментный анализ;
- c) Биохимический анализ крови;
- d) Определение уробилина в моче;
- e) Повышение тимоловой пробы.

54. Больной 20 лет обратился к врачу на 5-й день болезни. Беспокоит повышенная температура с 1-го дня болезни, слабость, утомляемость, першение в горле, покашливание. Самостоятельно принимал аспирин. На этом фоне на 4-й день болезни появились тяжесть в эпигастрии, тошнота, резкое снижение аппетита, темная моча. Объективно: больной вялый, умеренная желтушность склер и слизистых оболочек полости рта. Пальпируется печень на 1 см ниже реберной дуги. Пульс 64 в 1 мин., АД – 100/60. Живет в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Укажите вероятный диагноз:

- a) Инфекционный мононуклеоз;
- b) Аденовирусная инфекция;
- c) Вирусный гепатит;
- d) Токсический гепатит;
- e) Токсоплазмоз.

55. Быстрое прогрессирование гепатита в цирроз печени чаще происходит при:

- a) Гепатите А;
- b) Гепатите В;
- c) Гепатите С;
- d) Гепатите Е;
- e) Гепатите D.

56. В лечении больных гепатитом С в качестве основного средства применяют:

- a) Виразол;
- b) Фоскарнет;
- c) Софосбувир;
- d) Рибавирин;
- e) Фосфоглив.

57. Острый гепатит чаще всего переходит в хронический при:

- a) Гепатите А;
- b) Гепатите В;
- c) Гепатите С;
- d) Гепатите Е;
- e) Гепатите D.

58. Двухволновое течение желтушного периода характерно для:

- a) ВГА;
- b) ВГВ;
- c) ВГС;
- d) ВГД;
- e) ВГЕ.

59. Назовите возможные маркеры хронического гепатита В с дельта суперинфекций:

- a) HBsAg, Анти-HBcIgG, Анти-HDV IgM;
- b) HBsA, Анти-HBcIgM, Анти-HDV IgM;
- c) Анти-HBcIgG, Анти-HBs, Анти-HDV IgM;
- d) Анти-HBs, Анти-HBcIgG, Анти-HDV IgG;
- e) HBsAg, Анти-HBcIgG, Анти-HCV IgM.

60. Для ко-инфекции ВГВ+ВГД характерно:

- a) Развитие хронического гепатита;
- b) Острое начало с высокой лихорадкой, артралгией;
- c) Постепенное начало;
- d) Улучшение состояния с появлением желтухи;
- e) Нормальные показатели тимоловой пробы.

61. Исход в цирроз печени быстрее происходит при:

- a) Хроническом гепатите С;
- b) Цитомегаловирусном гепатите;
- c) Хроническом гепатите В;
- d) Суперинфекции HDV/HBV;
- e) Вирусном гепатите Е.

62. Суперинфекция дельта вирусом представляет опасность для больного:

- a) Гепатитом В;
- b) Гепатитом А;
- c) Гепатитом Е;
- d) Гепатитом G;
- e) Гепатитом С.

63. Вакцинопрофилактика гепатита В защищает больного от:

- a) Только гепатита В;
- b) Гепатитов В и D;
- c) Гепатитов В и С;
- d) Всех гепатитов;
- e) Гепатитов В и TTV.

64. При злокачественной форме вирусных гепатитов:

- a) Уменьшаются размеры печени;
- b) Увеличиваются размеры печени;
- c) В клиническом анализе крови регистрируется лейкопения, лимфоцитоз;
- d) Уменьшается желтуха;
- e) Отсутствует нарушение сознания.

65. При злокачественной форме вирусного гепатита наиболее информативным

- a) Биохимическим показателем тяжести является:
- b) Повышение активности трансаминаз более чем в 10 раз;
- c) Повышение уровня билирубина;
- d) Снижение протромбинового индекса;
- e) Снижение концентрации натрия, калия.

66. Передача коклюша осуществляется:

- a) Контактнo-бытовым путем;
- b) Воздушно-капельным путем;
- c) Фекально-оральным путем;
- d) Парентеральным путем;
- e) Вертикальным путем.

67. Инкубационный период коклюша в среднем составляет:

- a) 2–3 дня;
- b) 5–8 дней;
- c) 10–15 дней;
- d) 16–20 дней;
- e) более 20 дней.

68. Методом экспресс-диагностики гриппа является:

- a) Серологический;
- b) Толстой капли;
- c) «Кашлевых пластинок»;
- d) Иммунофлюоресценции;
- e) Выделение вируса на культуре клеток.

69. При инфекционном мононуклеозе наиболее часто поражаются:

- a) Сердечно-сосудистая система;
- b) Дыхательная система;
- c) Половые железы;
- d) Слюнные железы;
- e) Лимфатические узлы.

70. Назовите типичные изменения в периферической крови при инфекционном мононуклеозе:

- a) Лейкопения;
- b) Лимфопения;
- c) Атипичные мононуклеары;
- d) Цитомегалы с крупным ядром;
- e) Тромбоцитопения.

71. Типичным осложнением со стороны сердца, при тяжелых формах дифтерии является:

- a) Септический эндокардит;
- b) Порок сердца;
- c) Эндомиокардит вторичный;
- d) Токсический миокардит;
- e) Фиброэластоз.

72. Чем проводится специфическая терапия дифтерии:

- a) Антитоксической сывороткой;
- b) Иммуноглобулином;
- c) Бактериофагами;
- d) Вакцинами;
- e) Химиопрепаратами.

73. Вирус эпидемического паротита тропен к:

- a) Почечному эпителию;
- b) Эндотелию сосудов;
- c) Железистому эпителию;
- d) Мерцательному эпителию;
- e) Эпителию кишечника.

74. Чем проявляется поражение ЦНС при паротитной инфекции:

- a) Энцефалитом;
- b) Вентрикулитом;
- c) Серозным менингитом;
- d) Гнойный менингит;
- e) Гидроцефалией.

75. Укажите причину поражения ЦНС при коклюше:

- a) Токсикоз;
- b) Эксикоз;
- c) Гипоксия;
- d) Анемия;
- e) Родовая травма.

76. Объясните, чем сопровождается приступ кашля в спазматическом периоде коклюша:

- a) Репризами;
- b) Токсикозом;
- c) Судорогами;
- d) Гипертермией;
- e) Диареей.

77. Основная роль в развитии спазматического кашля при коклюше принадлежит:

- a) Экзотоксину;
- b) Эндотоксину;
- c) Цитотоксину;
- d) Коллагеназе;
- e) Гиалуронидазе.

78. Показателем тяжелого течения коклюша является:

- a) Рвота;
- b) Апноэ;
- c) Репризы;
- d) Гипертермия;
- e) Гиперемия.

79. Подросток 14 лет обратился к участковому врачу с жалобами на повышение температуры тела до $39,4^{\circ}\text{C}$., головную боль, периорбитальные боли, слабость, боли в мышцах, сухой надсадный кашель, заложенность носа, чихание. При осмотре состояние тяжелое, за счет интоксикации, зев гиперемирован, мелкие петехии на слизистой мягкого неба, зернистость задней стенки глотки, менингеальные симптомы отрицательные. О каком заболевании можно думать?

- a) Менингококковая инфекция;
- b) Лептоспироз;
- c) Грипп;
- d) Геморрагическая лихорадка;

- е) Аденовирусная инфекция.

80. При каком из нижеперечисленных ОРВИ наличие геморрагического синдрома определяет тяжесть заболевания:

- а) Аденовирусной инфекции;
- б) Парагриппе;
- в) Гриппе;
- г) Риновирусной инфекции;
- е) Респираторно-синцитиальной инфекции.

81. Меры специфической профилактики гриппа:

- а) Изоляция больных;
- б) Введение противогриппозной вакцины;
- в) Ношение четырехслойной маски;
- г) Кварцевание помещений;
- е) Мытье рук.

82. С чем связано возникновение пандемий при гриппе:

- а) Изменение одного антигена вируса гриппа А;
- б) Изменением вируса гриппа В;
- в) Изменение двух антигенов вируса гриппа А;
- г) Инаktivацией вируса гриппа;
- е) Изменением всех типов вируса гриппа.

83. Какие изменения характерны в крови при инфекционном мононуклеозе:

- а) Нейтрофилез + лимфопения;
- б) Лимфоцитоз + атипичные мононуклеары;
- в) Лимфопения + атипичные мононуклеары;
- г) Лимфоцитоз + эозинофилия;
- е) Нейтрофилез + лимфоцитоз.

84. При тяжелом течении инфекционного мононуклеоза применяют:

- а) Гормоны;
- б) Антибиотики;
- в) Иммуномодуляторы;
- г) Иммуноглобулин;
- е) Ферменты.

85. Укажите клетки-мишени для вируса Эпштейн-Барра:

- а) В-лимфоциты;
- б) Т-лимфоциты;
- в) Гепатоциты;
- г) Энтероциты;
- е) Миоциты.

- 86. Клиническим симптомом инфекционного мононуклеоза может быть экзантема в виде:**
- a) Петехиальной сыпи;
 - b) Узловой эритемы;
 - c) Кореподобной сыпи;
 - d) Везикулярной сыпи;
 - e) Скарлатиноподобной сыпи.
- 87. Для токсической дифтерии зева 3 степени характерен отек подкожной клетчатки шеи:**
- a) До 1 шейной складки двухсторонний;
 - b) До 2 шейной складки односторонний;
 - c) До 2 шейной складки двухсторонний;
 - d) До ключицы;
 - e) Ниже ключицы.
- 88. Доза антитоксической противодифтерийной сыворотки зависит от:**
- a) Возраста больного;
 - b) Массы тела больного;
 - c) Дня болезни;
 - d) Клинической формы дифтерии;
 - e) Осложнений.
- 89. Для локализованной формы дифтерии характерно:**
- a) Пленчатые налеты на миндалинах;
 - b) Пленчатые налеты на языке, дужках;
 - c) Некрозы на миндалинах;
 - d) Язвенные изменения миндалин;
 - e) Гнойные, рыхлые налеты на миндалинах.
- 90. При какой форме дифтерии развивается ранний токсический миокардит:**
- a) Дифтерийном крупе;
 - b) Токсической форме;
 - c) Локализованной форме дифтерии зева;
 - d) Дифтерии кожи;
 - e) Дифтерии носа.
- 91. Паротитную инфекцию необходимо дифференцировать с:**
- a) Рожей;
 - b) Инфекционным мононуклеозом;
 - c) Подчелюстным лимфаденитом;
 - d) Травмой уха;
 - e) Фурункулом наружного слухового прохода.
- 92. При паротитной инфекции поражаются:**
- a) Печень;
 - b) Сосуды;

- с) Кишечник;
- d) Почки;
- e) Половые железы.

93. Укажите, в какие сроки при эпидемическом паротите развивается менингит:

- a) В конце инкубационного периода;
- b) На 3–5 день болезни;
- c) Позже 7 дня болезни;
- d) Одновременно с поражением слюнных желез;
- e) Менингит не развивается.

94. Какая терапия проводится при гладком течении эпидемического паротита:

- a) Антибактериальная;
- b) Симптоматическая;
- c) Введение иммуноглобулина;
- d) Противовирусная;
- e) Местная.

95. Какие изменения в ОАК характерны при коклюше:

- a) Лейкоцитоз + лимфоцитоз;
- b) Лейкоцитоз + лимфопения;
- c) Лимфопения + анемия;
- d) Лимфоцитоз + моноцитоз;
- e) Эозинофилия + нормоцитоз.

96. У 3-месячного ребенка в течение двух недель наблюдался кашель, температура не повышалась. Затем кашель стал приступообразным с высовыванием языка, сопровождался рвотой, гиперемией лица, отхождением густой вязкой мокроты. За сутки насчитывается 12 приступов кашля. Дыхание через нос свободное. В легких хрипов нет. В межприступный период состояние ребенка относительно удовлетворительное. Ваш предварительный диагноз?

- a) Микоплазменная инфекция;
- b) Аденовирусная инфекция;
- c) Парагрипп;
- d) Коклюш;
- e) РС-инфекция.

97. Препаратом выбора для этиотропной терапии коклюша у детей до 1 года является:

- a) Пенициллин;
- b) Ампициллин;
- c) Цефотоксим;
- d) Азитромицин;
- e) Ципрофлоксацин.

98. У ребенка 2,5 лет в анамнезе отмечается кашель в течение 2 недель.

Симптоматическая терапия кашля не эффективна. В общем анализе крови: лейкоцитоз с лимфоцитозом. Ваш диагноз?

- a) Туберкулезный бронхоаденит;
- b) Коклюш;
- c) Обструктивный бронхит;
- d) Дифтерия;
- e) Пневмония.

99. Поражение трахеи у взрослых характерно для:

- a) Гриппа;
- b) Риновирусной инфекции;
- c) Аденовирусной инфекции;
- d) РС-инфекции;
- e) Парагриппа.

100. Наиболее частый неотложный синдром гриппа:

- a) Синдром крупа;
- b) Токсический синдром;
- c) Геморрагический синдром;
- d) Обструктивный синдром;
- e) Судорожный синдром.

101. Для этиотропной терапии гриппа используют:

- a) Озельтамивир;
- b) Циклоферон;
- c) Терафлю;
- d) Ацикловир;
- e) Виферон.

102. Выберите верное утверждение:

- a) При гриппе симптомы интоксикации преобладают над катаральными симптомами;
- b) При гриппе интоксикация умеренная;
- c) При гриппе выраженные катаральные явления;
- d) При гриппе умеренная интоксикация, слабые катаральные явления;
- e) При гриппе выраженные катаральные явления и сильная интоксикация.

103. Выберите антибиотик, противопоказанный при инфекционном мононуклеозе:

- a) Цефотаксим;
- b) Цефтриаксон;
- c) Азитромицин;
- d) Ампициллин;
- e) Ципрофлоксацин.

104. Выберите, что характерно для инфекционного мононуклеоза:

- a) Полиадения, гепатоспленомегалия, ангина, интоксикация;
- b) Полиадения, ангина, интоксикация;
- c) Полиадения, ангина, конъюнктивит, интоксикация;
- d) Полиадения, интоксикация, пневмония;
- e) Полиадения, артралгия, интоксикация.

105. У больного с инфекционным мононуклеозом гнойная ангина. Какая терапия необходима пациенту?

- a) Назначение антигистаминных препаратов;
- b) Назначение антибактериальных препаратов;
- c) Назначение гормональных препаратов;
- d) Назначение СЗП;
- e) Назначение противовирусных препаратов.

106. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать инфекционный мононуклеоз:

- a) Аденовирусная инфекция;
- b) Геморрагические лихорадки;
- c) Дифтерия ротоглотки;
- d) Эпидемический паротит;
- e) Энтеровирусная инфекция.

107. Вакцинопрофилактика проводится при:

- a) Риновирусной инфекции;
- b) Гриппе;
- c) Аденовирусной инфекции;
- d) Парагриппе;
- e) РС-вирусной инфекции.

108. Для исключения дифтерии у пациента с налетами в глотке необходимо:

- a) Взять мазки из зева и носа на дифтерию;
- b) Провести вакцинацию от дифтерии;
- c) Ввести противодифтерийную сыворотку;
- d) Взять мазки из зева;
- e) Взять общий анализ крови.

109. Выберите терапию для бактерионосителя токсигенной коринебактерии дифтерии:

- a) Антитоксическая противодифтерийная сыворотка;
- b) АКДС;
- c) АДС-анатоксин;
- d) Антибиотик;
- e) Ничего не назначу.

110. Укажите симптом, характерный для локализованной формы дифтерии ротоглотки:

- a) Резкая боль при глотании;
- b) Температура выше 40°C ;
- c) Налеты только на небных миндалинах;
- d) Налеты на небных миндалинах и за их пределами;
- e) Отек подкожной клетчатки шеи.

111. Серозный менингит в сочетании с двухсторонней припухлостью в околоушных областях указывает на:

- a) Туберкулёз;
- b) Паротитную инфекцию;
- c) Лептоспироз;
- d) Инфекционный мононуклеоз;
- e) ЦМВИ.

112. Санация ликвора при паротитном менингите наступает через:

- a) 7 дней;
- b) 10 дней;
- c) 14 дней;
- d) 20 дней;
- e) 30 дней и позже.

113. Первичная вакцинация и ревакцинация против эпидемического паротита проводится:

- a) В роддоме и в 2 месяца;
- b) В 2 месяца и в 2 года;
- c) В 3 месяца и в 2 года;
- d) В 6 месяцев и в 6 лет;
- e) В 12 месяцев и в 6 лет.

114. Больной с паротитом не заразен:

- a) Через 7 дней;
- b) Через 9 дней;
- c) Через 12 дней;
- d) Через 14 дней;
- e) Через 21 день.

115. Передача коклюша осуществляется:

- a) Контактным-бытовым путем;
- b) Воздушно-капельным путем;
- c) Фекально-оральным путем;
- d) Парентеральным путем;
- e) Вертикальным путем.

116. Инкубационный период коклюша в среднем составляет:

- a) 2–3 дня;
- b) 5–8 дней;
- c) 10–15 дней;
- d) 16–20 дней;
- e) более 20 дней.

117. Вирус гриппа относится к семейству:

- a) Пикорнавирусов;
- b) Реовирусов;
- c) Ортомиксовирусов;
- d) Парамиксовирусов;
- e) Аденовирусов.

118. Методом экспресс-диагностики гриппа является:

- a) Серологический;
- b) Толстой капли;
- c) «Кашлевых пластинок»;
- d) Иммунофлюоресценции;
- e) Выделение вируса на культуре клеток.

119. При инфекционном мононуклеозе наиболее часто поражаются:

- a) Сердечно-сосудистая система;
- b) Дыхательная система;
- c) Половые железы;
- d) Слюнные железы;
- e) Лимфатические узлы.

120. Назовите типичные изменения в периферической крови при инфекционном мононуклеозе:

- a) Лейкопения;
- b) Лимфопения;
- c) Атипичные мононуклеары;
- d) Цитомегалы с крупным ядром;
- e) Тромбоцитопения.

121. Типичным осложнением со стороны сердца, при тяжелых формах дифтерии является:

- a) Септический эндокардит;
- b) Порок сердца;
- c) Эндомиокардит вторичный;
- d) Токсический миокардит;
- e) Фиброэластоз.

122. Чем проводится специфическая терапия дифтерии:

- a) Антитоксической сывороткой;
- b) Иммуноглобулином;
- c) Бактериофагами;
- d) Вакцинами;
- e) Химиопрепаратами.

123. Вирус эпидемического паротита тропен к:

- a) Почечному эпителию;
- b) Эндотелию сосудов;
- c) Железистому эпителию;
- d) Мерцательному эпителию;
- e) Эпителию кишечника.

124. Инкубационный период кори имеет длительность:

- a) От 2 часов до 2 дней;
- b) 5–7 дней;
- c) 9–21 дней;
- d) 21–25 дней;
- e) До 45 дней.

125. Характер появления сыпи при кори:

- a) Одномоментный;
- b) Толчкообразный;
- c) Мигрирующий;
- d) Этапный;
- e) Волнообразный.

126. Источником вируса краснухи может быть:

- a) Человек;
- b) Человек и домашние животные;
- c) Членистоногие;
- d) Человек и грызуны;
- e) Комары.

127. Больной приобретенной краснухой может быть заразным:

- a) Последние 1–2 дня инкубационного периода до 5 дней с момента появления сыпи;
- b) Последние 1–2 дня инкубационного периода до 1 дня с момента появления сыпи;
- c) Последние 3 дня инкубационного периода до 3-х недель со дня появления сыпи;
- d) С 1-го дня появления сыпи до 2-х недель;
- e) За 1 неделю до появления сыпи и до 3-х недель с момента высыпания.

128. Возбудителем ветряной оспы является:

- a) Herpes simplex;
- b) Herpes zoster;
- c) Cytomegalovirus;
- d) Epstein Barre virus;
- e) Adenovirus.

129. Больной ветряной оспой заразен:

- a) За неделю до появления высыпаний;
- b) С последнего дня инкубационного периода и до 5 дня со дня появления последнего элемента;
- c) Три дня от начала заболевания;
- d) С последнего дня инкубационного периода до 3-х дней высыпаний;
- e) С первого дня высыпаний до 7 дней высыпаний.

130. Источником инфекции при скарлатине является:

- a) Больной стрептококковой инфекцией;
- b) Носитель золотистого стафилококка;
- c) Больной опоясывающим герпесом;
- d) Носитель нетоксигенной коринобактерии;
- e) Больной эритразмой.

131. Сыпь при скарлатине:

- a) Везикулезная;
- b) Мелкоточечная;
- c) Пятнисто-папулезная;
- d) Буллезная;
- e) Розеолезная.

132. Возбудителем рожи является:

- a) Менингококк;
- b) Стафилококк;
- c) Стрептококк;
- d) Пневмококк;
- e) Вирус.

133. Инкубационный период при роже составляет:

- a) 24 часа;
- b) От нескольких часов до 3-5 дней;
- c) 7 дней;
- d) От 11 до 21 дня;
- e) От нескольких часов до 14 дней.

134. Пигментация сыпи при кори объясняется:

- a) Развитием анергии;
- b) Ломкостью капилляров;
- c) Диapedезом эритроцитов в ПЖК;
- d) Паралитической дилатацией прекапилляров;
- e) Кровоизлияниями в ПЖК.

135. С какими ОРВИ следует проводить дифференциальную диагностику кори в катаральный период?

- a) Коронавирусной инфекцией;
- b) Респираторно-синцитиальной инфекцией;
- c) Парагриппозной инфекцией;
- d) Риновирусной инфекцией;
- e) Аденовирусной инфекцией.

136. Митигированная форма кори развивается:

- a) У людей, вакцинированных живой вакциной;
- b) На фоне приема антибиотиков;
- c) После введения противокорревого гаммаглобулина;
- d) После длительной кортикостероидной терапии;
- e) На фоне приема противовирусных препаратов.

137. Краснуха опасна для:

- a) Новорожденных;
- b) Беременных женщин;
- c) Молодых женщин;
- d) Пожилых людей;
- e) Детей школьного возраста.

138. Для приобретенной краснухи характерно сочетание синдромов:

- a) Интоксикации, ангины, экзантемы;
- b) Интоксикации, экзантемы, полиаденопатии;
- c) Интоксикации, экзантемы, поражения ЖКТ;
- d) Интоксикации, гепатолиенального, экзантемы;
- e) Интоксикации, экзантемы, поражения дыхательных путей.

139. При врожденной краснухе наименьшие цитодеструктивные изменения наблюдаются в тканях:

- a) Желудочно-кишечного тракта;
- b) Сердца;
- c) Мозга;
- d) Хрусталика глаза;
- e) Внутреннего уха.

140. В какой структуре клетки реплицирует возбудитель ветряной оспы – Varicella Zoster:

- a) В ядре;
- b) В цитоплазме;
- c) В митохондриях;
- d) В эндоплазматическом ретикулуме;
- e) В аппарате Гольджи.

141. Больной А., 19 лет, обратился с жалобами на высокую температуру, слабость, наличие сыпи на теле. Болен в течение 3-х дней. Объективно: состояние ближе к средней тяжести, температура 39°C, на коже лица, туловища обильная сыпь в виде пятен, папул и везикул, имеются высыпания на волосистой части головы и на слизистой полости рта. Укажите вероятный диагноз:

- a) Энтеровирусная инфекция;
- b) Сепсис;
- c) Генерализованный герпес;
- d) Ветряная оспа;
- e) Иерсиниоз.

142. Толчкообразность высыпаний при ветряной оспе это:

- a) Сыпь появляется сверху-вниз;
- b) Сыпь появляется на каждый подъем температуры;
- c) Сыпь появляется снизу-вверх;
- d) Сыпь появляется на волосистой части головы;
- e) Сыпь появляется на ладонях и подошвах.

143. Сыпь при скарлатине связана со следующим звеном патогенеза:

- a) Септическим;
- b) Аллергическим;
- c) Токсическим;
- d) Аутоиммунным;
- e) Некротическим.

144. Поздние осложнения скарлатины связаны со следующим звеном патогенеза:

- a) Септическим;
- b) Аллергическим;
- c) Токсическим;
- d) Аутоиммунным;
- e) Некротическим.

145. После исчезновения сыпи при скарлатине, на коже появляется:

- a) Пигментация;
- b) Рубцевание;

- с) Депигментация;
- d) Шелушение;
- e) Образованием корочек;

146. Причиной рецидивирующего течения рожи становится:

- a) Токсинемия;
- b) Иммунодефицитное состояние;
- с) Формирование очага инфекционно-аллергического воспаления;
- d) Лимфостаз;
- e) Формирование L-форм возбудителя.

147. Повторная рожа развивается:

- a) В течение 1 года на том же месте;
- b) В течение 2 лет на том же месте;
- с) Через 2 года иной локализации;
- d) Через 2 года на том же месте;
- e) Через 1 год иной локализации.

148. Рецидивирующая рожа развивается после первичной:

- a) Через 3 года и более на том же месте;
- b) В течение 2 лет на том же месте;
- с) Через 2 года иной локализации;
- d) Через 2 года на том же месте;
- e) В течение 1 года иной локализации.

149. Больной Н., 20 лет, обратился с жалобами на кашель, слезотечение, слабость, боли в горле, сыпь на теле, температуру. Болен 6 дней, сыпь появилась на 4-й день болезни на лице. Объективно: состояние средней тяжести, температура – 39°C, явления склерита, конъюнктивита, на коже лица – обильная, местами сливная пятнисто-папулезная сыпь, на слизистой ротоглотки, щек - энантема в виде просяных зерен: Укажите вероятный диагноз:

- a) Корь;
- b) Краснуха;
- с) Менингококкцемия;
- d) Скарлатина;
- e) Псевдотуберкулез.

150. У больного корью на 8 день от начала заболевания появились симптомы менингоэнцефалита, через сколько дней от начала сыпи можно перевести в неврологическое отделение?

- a) 3 дня;
- b) 5 дней;
- с) 7 дней;

- d) 10 дней;
- e) 2 недели.

151. Ребенок 4-х лет болен корью, на 7 день заболевания диагностирована деструктивная пневмония, пиопневмоторакс. Какие меры предпринимать нельзя?

- a) Переводить в хирургию;
- b) Вызвать хирурга;
- c) Торакоцентез;
- d) Усилить антибактериальную терапию;
- e) Дезинтоксикационную терапию.

152. В поликлинику на третий день болезни обратился учащийся лицея с жалобами на повышение температуры тела, головную боль, обильные выделения из носа, слезотечение. При объективном осмотре выявлены: ринит, конъюнктивит, гиперемия зева, миндалины не увеличены, налетов нет, на слизистой оболочке щек – белесоватые наложения, не снимающиеся шпателем, регионарные лимфоузлы не увеличены, со стороны сердечно-сосудистой, легочной и пищеварительной систем патологии не выявлено. Из анамнеза жизни – пациент не привитой по «религиозным соображениям». После объективного осмотра пациент с диагнозом «ОРВИ, стоматит» отпущен домой с лечебными рекомендациями. Какое заболевание пропустил доктор?

- a) Аденовирусную инфекцию;
- b) Корь;
- c) Риновирусную инфекцию;
- d) Скарлатину;
- e) Дифтерию.

153. Больной М, 30 лет, осмотрен врачом, вызванным на дом, который при объективном осмотре выявил: ринит, конъюнктивит, гиперемия зева, на слизистой оболочке щек – белесоватые наложения, не снимающиеся шпателем. На основании патогномичного симптома врачом выставлен диагноз: Корь. Как называется этот симптом?

- a) Симптом Мурсу;
- b) Симптом Филатова-Коплика;
- c) Симптом Филатова;
- d) Симптом Падалки;
- e) Симптом Пастиа.

154. Женщина на 4-й неделе третьей беременности попала в контакт с больным краснухой. Ваши рекомендации?

- a) Сохранить беременность;
- b) Ввести гаммаглобулин;
- c) Сделать медицинский аборт;

- d) Наблюдать за развитием плода (узи каждые 2 недели);
- e) Принимать противовирусные препараты.

155. При краснухе со стороны периферической крови выявляется:

- a) Лейкоцитоз с лимфоцитозом;
- b) Лимфоцитоз, плазматические клетки;
- c) Лейкоцитоз с лимфоцитозом;
- d) Анемия с лейкопенией;
- e) Лейкоцитоз, атипичные мононуклеары.

156. Семейный врач вызван к девочке 5 лет, у которой жалобы на слабость, першение в горле, сыпь на теле. Больна в течение 3-х дней. Дома ребенку по совету друзей проводили лечение ампициллином. Объективный осмотр выявил: субфебрильную температуру, гиперемию зева, болезненность затылочных и заднешейных лимфоузлов, мелкопятнистую сыпь, которую заметили на второй день приема антибиотика. Из анамнеза – ребенок не привитой, аллергический анамнез – популяция «А». Ваш предварительный диагноз?

- a) Скарлатина;
- b) Аллергический дерматит;
- c) Корь;
- d) Краснуха;
- e) Инфекционный мононуклеоз.

157. Больной с краснухой заразен от начала высыпания:

- a) 5 дней;
- b) 7 дней;
- c) 9 дней;
- d) 14 дней;
- e) 21 день.

158. Специфической профилактикой краснухи является вакцинация живой аттенуированной вакциной. После вакцинации какой период времени следует предохраняться от беременности?

- a) 1 месяц;
- b) 3 месяца;
- c) 6 месяцев;
- d) 1 год;
- e) 21 день.

159. Больной 60 лет был направлен в стационар на 5-й день болезни с жалобами на озноб, температуру, головную боль, рвоту. При осмотре на коже подлопаточной области с переходом на грудь слева в XI–XII межреберье обильные высыпания в виде папул, сгруппированных везикул. Отмечает жгучую боль по ходу кожных высыпаний.

Укажите диагноз:

- a) Ветряная оспа;
- b) Простой герпес;
- c) Опоясывающий герпес;
- d) Болезнь Лайма;
- e) Токсикодермия.

160. Для ветряной оспы характерен:

- a) Ложный полиморфизм сыпи;
- b) Истинный полиморфизм сыпи;
- c) Увеличение околоушных слюнных желез;
- d) Этапность высыпаний;
- e) Мелкоточечный характер сыпи.

161. У ребенка 4-х лет, через 8 дней от начала появления везикулярной сыпи на фоне субфебрильной температуры, появилась сильная головная боль, тошнота, головокружение, шаткая походка. О какой патологии следует думать?

- a) О коревом энцефалите;
- b) О менингококковом энцефалите;
- c) О ветряночном энцефалите;
- d) О краснушном энцефалите;
- e) О клещевом энцефалите.

162. Этиотропным препаратом лечения ветряной оспы является:

- a) Ремантадин;
- b) Ацикловир;
- c) Фамотидин;
- d) Интерферон;
- e) Озельтамивир.

163. Головокружение, шаткая походка, атаксия чаще бывает при энцефалите следующей этиологии:

- a) Коревом;
- b) Ветряночном;
- c) Краснушном;
- d) Поствакцинальном;
- e) Герпетическом.

164. При скарлатине обязательной госпитализации подлежат:

- a) Все дети до 5 лет;
- b) Пожилые люди;
- c) Больные с аллергическим анамнезом;
- d) Дети из учреждений с круглосуточным пребыванием;
- e) Взрослые с тяжелой формой.

165. Аллергическим осложнением скарлатины является:

- a) Отит;
- b) Синусит;
- c) Нефроз;
- d) Лимфаденит;
- e) Артрит.

166. В поликлинику обратился ребенок 4 лет с сыпью по всему телу, мелкоточечного характера на гиперемизированном фоне кожи, болями в горле, температурой. При осмотре отмечается сгущение сыпи в естественных складках, яркая гиперемия зева, гипертрофия миндалин, обложенность языка по спинке, по краям язык «сосочковый» свободный от налета. Ваш диагноз?

- a) Ангина;
- b) Аллергический дерматит;
- c) Парвовирусная инфекция;
- d) Псевдотуберкулез;
- e) Скарлатина.

167. Патогномичный симптом скарлатины:

- a) Симптом Пастиа;
- b) Симптом Мурсу;
- c) Симптом Филатова-Коплика;
- d) Симптом «Пощечины»;
- e) Симптом Филиповича.

168. Какой симптомокомплекс типичен для скарлатины?

- a) Температура, сыпь, диарея;
- b) Температура, сыпь, катаральные явления с экссудативным компонентом;
- c) Температура, сыпь, гепатоспленомегалия;
- d) Температура, сыпь, ангина;
- e) Температура, сыпь, менингеальные знаки.

169. В терапевтическое отделение обратилась женщина с жалобами на лихорадку, боли в мышцах, тошноту, рвоту, боль в правой половине лица. При осмотре выявлены гиперемия кожи щеки, с неровными краями, но четко очерченными границами,

**резко болезненная при пальпации, отек щеки распространяющийся на глаз и ухо.
Ваш предварительный диагноз?**

- a) Флегмона;
- b) Опоясывающий лишай;
- c) Сибирская язва;
- d) Эризипеллоид;
- e) Рожь.

170. Отличительным клиническим признаком рожи от флегмоны является:

- a) Эритема с отеком;
- b) Лихорадка;
- c) Болезненность;
- d) Четкая граница эритемы;
- e) Воспалительный характер крови.

171. Антибиотиком выбора при лечении первичной рожи в условиях стационара является:

- a) Цефалоспорины I поколения;
- b) Цефалоспорины III поколения;
- c) Цефалоспорины II поколения;
- d) Бензилпенициллин;
- e) Макролиды.

172. Длительность антибактериальной терапии первичной рожи составляет:

- a) 5 дней;
- b) 7 дней;
- c) 10 дней;
- d) 14 дней;
- e) Не менее 2 дней после нормализации температуры.

173. Антибиотиком выбора при лечении рецидивирующей рожи в условиях стационара является:

- a) Цефалоспорины I поколения;
- b) Цефалоспорины III поколения;
- c) Аминогликозиды;
- d) Бензилпенициллин;
- e) Макролиды.

174. Оптимальный температурный режим для активного размножения микобактерий туберкулеза:

- a) 20-25⁰C
- b) 37-38⁰C
- c) 42-45⁰C
- d) 50-55⁰C

175. Вид микобактерий наиболее часто вызывающий туберкулез у человека:

- a) M. tuberculosis
- b) M. Bovis
- c) M. Avium
- d) M. Kansassi

176. Способ персистирования в организме возбудителя туберкулеза:

- a) в виде типичных микобактерий
- b) в виде L-формы
- c) в виде атипичных микобактерий
- d) в виде зернистых форм

177. Важным свойством микобактерий туберкулеза является:

- a) образование спор
- b) кислотоустойчивость
- c) подвижность
- d) анаэроб

178. Основной путь заражения туберкулезом человека:

- a) внутриутробный
- b) алиментарный
- c) аэрогенный
- d) чрезкожный / контактный/

179. Вакцина БЦЖ получена:

- a) Кохом
- b) Кальметтом
- c) Берингом
- d) Эрлихом

180. Микобактерия туберкулеза открыта:

- a) Пастером
- b) Вирховым
- c) Вильменом
- d) Кохом

181. Туберкулин впервые получен:

- a) Лаэннеком
- b) Кохом
- c) Кальметтом
- d) Мечниковым

182. Гигантские клетки в туберкулезном бугорке описал:

- a) Вирхов+Пирогов
- b) Абрикосов
- c) Гон

183. Какие средства являются наилучшими для дезинфекции при туберкулезе:

- a) кислоты
- b) щелочи
- c) хлорсодержащие
- d) Спирты

- 184. Способ окраски мазка для выявления микобактерий туберкулеза:**
- a) по Граму
 - b) по Циль-Нильсену
 - c) гематоксилин-эозином
 - d) по Гимза-Романовскому
- 185. Формы преимущественного нахождения МБТ в здоровом инфицированном организме:**
- a) быстрорастущие
 - b) медленно размножающиеся
 - c) персистирующие
 - d) погибшие
- 186. Клетки, осуществляющие захват МБТ в дыхательных путях и легких:**
- a) Т-лимфоциты
 - b) В-лимфоциты
 - c) нейтрофилы
 - d) макрофаги
- 187. Основной путь элиминации МБТ при клеточном иммунитете:**
- a) реакция антигена с антителом
 - b) фагоцитоз
 - c) разрушение МБТ медиаторами-интерлейкинами
 - d) воздействие на МБТ факторов бактерицидной активности крови
- 188. Патоморфологическая реакция, характерная для прогрессирования туберкулезного процесса:**
- a) дистрофическая
 - b) казеозный некроз
 - c) атрофия тканей:
 - d) продуктивное воспаление
- 189. Туберкулезный процесс по морфологической сущности является:**
- a) дистрофическим
 - b) атрофическим
 - c) воспалительным
 - d) опухолевым
- 190. Основной метод рентгенологической диагностики заболеваний органов грудной клетки в пульмонологической и фтизиатрической клинике:**
- a) стационарная среднеформатная флюорография
 - b) обзорная рентгенография в 2-х проекциях / прямая и боковая/
 - c) рентгеноскопия
 - d) томография линейная
- 191. Рентгенологический метод, позволяющий наиболее точно определять наличие полости распада в легких:**
- a) рентгенография
 - b) рентгеноскопия
 - c) томография
 - d) флюорография

192. В эмфизематозных участках легкого рентгенологически определяется:

- a) +повышенная прозрачность
- b) -пониженная прозрачность
- c) -диффузное затемнение
- d) -нормальный легочной рисунок

193. Для туберкулезного менингита характерен плеоцитоз:

- a) свыше 5.000 клеток в 1 мм³ ликвора
- b) 2000 - 5000 клеток
- c) 200 - 400 клеток
- d) 4.5-10 клеток

194. При туберкулезном менингите в ликворе уровень сахара и хлоридов:

- a) повышен
- b) повышен только уровень сахара
- c) неизменен
- d) понижен

195. Спинальная жидкость может иметь ксантохромный характер:

- a) при гнойном менингите
- b) при серозном менингите
- c) при туберкулезном менингите
- d) в норме

196. Картина спинномозговой жидкости более характерная для туберкулезного менингита:

- a) повышение содержания белка, хлоридов, сахара
- b) высокий цитоз (свыше 1000 клеток), нейтрофильного характера, умеренное увеличение содержания белка, жидкость мутная
- c) небольшое повышение содержания белка, умеренный лимфоцитарный цитоз, сахар и хлориды в норме
- d) высокое содержание белка, умеренный цитоз (200 - 400 клеток и более), преимущественно лимфоцитарный, снижение сахара и хлоридов

197. Для экссудативного плеврита характерно:

- a) бронхиальное дыхание
- b) шум трения плевры
- c) ослабленное дыхание
- d) жесткое дыхание

198. Основной метод выявления туберкулеза, рекомендуемый ВОЗ (сие тема DOTS):

- a) рентгенография органов грудной клетки
- b) туберкулинодиагностика по пробе Манту
- c) простая бактериоскопия мазка мокроты и учреждениях общемедицинской сети
- d) компьютерная томография

199. Что представляет собой туберкулин?

- a) взвесь убитых микобактерий туберкулеза
- b) взвесь убитых микобактерий вакцины БЦЖ
- c) специально выделенный микобактериальный антиген
- d) продукты жизнедеятельности после фильтрации культуры микобактерий

- 200. Какова дозировка туберкулина при массовой постановке пробы Манту у детей и подростков?**
- a) 1 ТЕ
 - b) 2 ТЕ
 - c) 5 ТЕ
 - d) 10 ТЕ
- 201. Какой метод введения туберкулина является общепринятым в настоящее время при массовой туберкулинодиагностике?**
- a) накожный
 - b) внутрикожный
 - c) подкожный
 - d) внутривенный
- 202. С какого размера папулы пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л принято считать положительной?**
- a) с 2 мм
 - b) с 5 мм
 - c) с 12 мм
 - d) с 17мм
- 203. В какой срок после постановки пробы Манту производится оценка результатов?**
- a) через 12 часов
 - b) через 24 часа
 - c) через 48 часов
 - d) через 72 часа
- 204. К какому типу реакций относится проба Манту?**
- a) неспецифическая резистентность
 - b) гиперчувствительность замедленного типа
 - c) гиперчувствительность немедленного типа
 - d) гуморальный иммунитет
- 205. Что представляет собой вакцина БЦЖ?**
- a) культуры патогенных МБТ
 - b) убитые МБТ
 - c) живую, но ослабленную культуру МБТ
 - d) продукты жизнедеятельности МБТ
- 206. Какой метод введения вакцины БЦЖ является общепринятым в настоящее время при вакцинации и ревакцинации детей и подростков?**
- a) пероральный
 - b) накожный
 - c) внутрикожный
 - d) подкожный
- 207. Из какого вида микобактерии была получена вакцина БЦЖ?**
- a) M. Tuberculosis
 - b) M. Bovis
 - c) M. Avium
 - d) M. Cansassi

208. Прививочная доза вакцины БЦЖ?

- a) 0.05мг
- b) 0,1 мг
- c) 0.5 мг
- d) 1 мг

209. Противопоказаниями для вакцинации БЦЖ новорожденных являются:

- a) наличие туберкулеза у матери
- b) наличие туберкулеза у отца
- c) масса тела менее двух килограмм
- d) масса тела более 4 килограмм

210. Критериями хорошего качества вакцинации являются:

- a) отрицательная проба Манту
- b) гиперергическая реакция Манту
- c) гипо- или нормергическая реакция Манту (папула до 10- 12 мм)
- d) -положительная реакция Панди

211. Вакцина БЦЖ была получена:

- a) Цехновицером и Жераром
- b) Кохом и Берингом
- c) Канетти и Зорини
- d) Кальметтом и Гереном

212. Самый важный критерий, определяющий степень эпидемиологической опасности очага туберкулезной инфекции:

- a) жилищно-бытовые условия данной семьи
- b) материальная обеспеченность семьи
- c) санитарный и культурный уровень семьи
- d) массивность бактериовыделения у больных туберкулезом

213. В группу повышенного риска заболевания туберкулезом входят больные:

- a) сахарным диабетом
- b) ИБС
- c) мочекаменной болезнью
- d) хроническим холециститом

214. Ребенку, родившемуся от больной туберкулезом матери, производится:

- a) вакцинация БЦЖ и изоляция
- b) химиопрофилактика
- c) вакцинация БЦЖ и химиопрофилактика
- d) рентгенологическое обследование

215. Система ДОТС включает:

- a) сплошные обследования населения
- b) дифференцированное флюорографическое обследования населения
- c) бактериологический (посев мокроты) обследования в группах повышенного риска
- d) проведение полихимиотерапии под контролем

- 216. Наиболее эффективная комбинация противотуберкулезных препаратов на этапе продолжения лечения по методике ВОЗ:**
- a) стрептомицин – этамбутол
 - b) изониазид + рифампицин
 - c) ПАСК+тибон
 - d) пиразинамид + этионамид
- 217. Какое сочетание противотуберкулезных препаратов недопустимо?**
- a) стрептомицин – канамицин
 - b) рифампицин + изониазид
 - c) изониазид + этамбутол
 - d) этамбутол + пиразинамид
- 218. Какое число противотуберкулезных препаратов должно быть включено в комбинацию для лечения интенсивной фазы I клинической категории?**
- a) не менее 2-х
 - b) не менее 3-х
 - c) не менее 4-х
 - d) не менее 5-ти
- 219. Наиболее эффективный метод контроля за приемом химиопрепаратов больными туберкулезом в амбулаторных условиях:**
- a) выдача препаратов на руки больному не более чем на 5 - 7 дней
 - b) контроль за приемом микобактериальных препаратов родственниками
 - c) лабораторный контроль на присутствие препарата или его метаболитов в моче
 - d) прием препаратов в присутствии медицинского работника (в диспансере, здравпункте, на ФАПе и т. д.)
- 220. Основное побочное действие рифампицина:**
- a) на центральную нервную систему
 - b) гепатотропное
 - c) на орган зрения
 - d) снижение слуха
- 221. Основное побочное действие стрептомицина:**
- a) на желудочно-кишечный тракт
 - b) на периферическую нервную систему
 - c) на слуховой нерв
 - d) кожный зуд
- 222. Основное побочное действие изониазида:**
- a) на периферическую нервную систему (невриты)
 - b) на слуховой нерв
 - c) на почечный клиренс
 - d) на функцию щитовидной железы
- 223. Основное побочное действие этамбутола:**
- a) на периферическую нервную систему
 - b) на желудочно-кишечный тракт
 - c) на орган зрения
 - d) на функцию почек

224. При кашле с затрудненным отхождением мокроты Вы порекомендуете:

- a) комплекс витаминов
- b) анаболические стероиды
- c) муколитические препараты
- d) экстракт алое

225. Наиболее характерные грудные жалобы больных туберкулезом легких:

- a) сухой надсадный кашель в течение недели
- b) постепенно усиливающийся кашель более 3-х недель
- c) кашель с обильным количеством мокроты по утрам при вставании с постели
- d) относительно редкий кашель в течение многих лет с легко отделяющейся мокротой слизисто-гнойного характера

226. Каким методом подтверждается наличие туберкулеза внутригрудных лимфоузлов у детей?

- a) обзорная рентгенограмма прямой проекции
- b) обзорная рентгенограмма в боковой проекции
- c) прицельная рентгенограмма
- d) компьютерная томография

227. Какая основная форма туберкулеза у детей и подростков относится к первичному туберкулезу?

- a) очаговый туберкулез легких
- b) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- c) туберкулема
- d) инфильтративный туберкулез легких

228. Какие признаки более характерны для туберкулезной интоксикации у детей и подростков:

- a) боли в области сердца, суставов, субфебрильная температура
- b) частые ангины в анамнезе
- c) диспептические расстройства, снижение аппетита, массы тела
- d) субфебрильная температура по вечерам, слабость, похудание, раздражительность, потливость
- e) горечь во рту, болезненность в правом подреберье

229. Первичный туберкулезный комплекс характеризуется:

- a) наличием очага в легких, увеличением периферических лимфоузлов и положительной пробой Манту с 2ТЕ
- b) наличием очага в легких, увеличением внутригрудных лимфоузлов и лимфангитом
- c) наличием очага в легком, симптомов интоксикации и МВТ в мокроте
- d) наличием очаговых теней в легком длительным субфебрилитетом и «виражом» туберкулиновых проб

230. Очаг Гона — это результат перенесенного:

- a) туберкулезного бронхоаденита
- b) первичного туберкулезного комплекса
- c) туберкулезной интоксикации
- d) милиарного туберкулеза

- 231. Какие группы периферических лимфоузлов наиболее часто поражаются у детей и подростков при туберкулезе?**
- a) подключичные
 - b) паховые
 - c) шейные
 - d) кубитальные
- 232. Какой наиболее информативный метод исследования помогает уточнить этиологию периферического лимфаденита?**
- a) рентгенологический
 - b) бактериологический
 - c) иммунологический
 - d) гистологический / биопсия
- 233. Какой метод рентгенологического исследования является основным в диагностике милиарного туберкулеза легких?**
- a) полипозиционная рентгеноскопия
 - b) рентгенография в прямой проекции
 - c) томография
 - d) компьютерная томография
- 234. Характерная клиническая картина при милиарном туберкулезе легких:**
- a) постепенное начало, температура тела с субфебрильных цифр стабилизировалась утром и вечером на $39 - 40^{\circ}\text{C}$, кашель и одышка отсутствуют
 - b) острое начало, температура до 40°C , озноб, через несколько дней появился кашель с большим количеством мокроты
 - c) острое начало, температура тела утром субфебрильная, вечером $39-40^{\circ}\text{C}$, сильная потливость по ночам, беспокоит выраженная одышка, кашель небольшой
 - d) острое начало, температура тела субфебрильная, беспокоит сильный приступообразный кашель с болевыми ощущениями за грудиной
- 235. Патогенез милиарного и диссеминированного туберкулеза чаще всего связан:**
- a) с бронхогенным обсеменением
 - b) с лимфогематогенным распространением процесса
 - c) с контактным распространением
 - d) со спутогенным обсеменением
- 236. Основной метод исследования при диагностике туберкулезного менингита:**
- a) люмбальная пункция с лабораторным исследованием ликвора, в том числе и на МБТ
 - b) клинический с изучением особенностей течения заболевания
 - c) многократные исследования мокроты на МБТ
 - d) данные неврологического статуса
- 237. Более характерным вид спинномозговой жидкости для туберкулезного менингита:**
- a) мутная
 - b) геморрагическая
 - c) прозрачная
 - d) прозрачная с ксантохромией

238. Типичное для туберкулезного менингита начало заболевания:

- a) острое
- b) молниеносное
- c) постепенное с продромой
- d) малосимптомное начало и течение

239. Какой путь введения противотуберкулезных препаратов предпочтительнее при лечении больных туберкулезным менингитом?

- a) эндолюмбальный
- b) пероральный
- c) ингаляционный
- d) внутривенный и внутримышечный

240. Показатели спинномозговой жидкости характерные для туберкулезного менингита:

- a) жидкость мутная, высокий плеоцитоз (более 1.000. клеток в 1 мм)
- b) жидкость прозрачная или слабомутная умеренный плеоцитоз (100 - 300 клеток), снижение уровня глюкозы
- c) количество сахара и хлоридов в норме
- d) преобладание нейтрофилов при умеренном повышении белка

241. Достоверный метод диагностики наличия выпота в плевральной полости:

- a) выявление тупости в проекции легкого при перкуссии
- b) отсутствие дыхательных шумов, а проекции обширного затенения легкого при аускультации
- c) наличие на рентгенограмме обширного гомогенного затенения
- d) получение свободной жидкости при пункции плевральной полости

242. Какая рентгенограмма наиболее информативна при диагностике междолевых плевритов?

- a) прицельная
- b) боковая
- c) в прямой проекции
- d) в косой проекции

243. Характерные для сухого плеврита физикальные данные:

- a) притупление перкуторного звука
- b) ослабленное везикулярное дыхание
- c) шум трения плевры
- d) усиленное голосовое дрожание

244. Основной метод диагностики спонтанного пневмоторакса:

- a) по клинической симптоматике
- b) рентгенологический метод
- c) метод перкуссии
- d) метод аускультации

245. Перкуторно при спонтанном пневмотораксе определяется:

- a) обычный легочной звук
- b) укорочение перкуторного звука
- c) притупление (тупость) перкуторного звука

- d) коробочный звук

246. Аускультативно при спонтанном пневмотораксе определяется:

- a) бронхиальное дыхание
- b) амфорическое дыхание
- c) дыхание ослаблено или не прослушивается
- d) жесткое везикулярное дыхание

247. Наиболее тяжело протекающий клинически вид пневмоторакса:

- a) открытый
- b) клапанный
- c) закрытый
- d) существенного различия нет

248. Какие группы периферических лимфоузлов наиболее часто поражаются у детей и подростков при туберкулезе?

- a) подключичные
- b) паховые
- c) шейные
- d) кубитальные

249. При дифференциальной диагностике туберкулезного и гнойного менингитов свидетельствует в пользу туберкулезной этиологии:

- a) плеоцитоз - 2300 клеток в 1 мм³ ликвора
- b) преимущественно лимфоцитарный характер цитоза
- c) острое начало с температурой 39-40⁰С
- d) нормальный уровень, сахара в ликворе

250. Очаговый туберкулез легких чаще всего дифференцируют:

- a) с периферическим раком
- b) с эозинофильной пневмонией
- c) с бактериальной пневмонией
- d) с доброкачественной опухолью

БЛОК В

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Клиническая задача №1

Больная, 32 лет, продавец в магазине «Молоко», заболела остро 22.08. вечером. Почувствовала слабость, недомогание, умеренную головную боль, познабливание, затем возникло чувство жара. Температуру тела не измеряла. Одновременно с указанными симптомами появились схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. К утру 23.08. боли в животе усилились и локализовались преимущественно слева. Стул за ночь около 15 раз. В испражнениях заметила слизь и кровь. Были частые, болезненные позывы на стул. Температура утром 39,4°C. Вызван на дом врач амбулатории. Больная проживает в отдельной квартире с семьей из 3 человек. Члены семьи здоровы. Заболеваний желудочно-кишечного тракта в анамнезе нет.

Объективно: больная вялая, температура тела 38,8°C. Тургор кожи сохранен. Со стороны органов дыхания патологии нет. Пульс 96 уд/мин., ритмичный. АД 115/70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Осмотрены испражнения, которые имели вид лужицы слизи с прожилками крови.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 2) Как следует решить вопрос о госпитализации?
- 3) Какие лабораторные исследования необходимо провести у данной больной?
- 4) Наметьте план лечения больной.

Клиническая задача №2

Больная Д., 40 лет, доставлена в инфекционное отделение машиной «скорой помощи» в тяжелом состоянии. Больна 2-й день. Жалобы на выраженную слабость, головокружение, тошноту. Заболела остро: температура до 38,5°C, затем появилась многократная рвота и жидкий стул, схваткообразные боли в околопупочной области, жажда, болезненные судороги икроножных мышц. Заболевание связывает с употреблением в пищу до заболевания недоброкачественной колбасы.

Объективно: состояние тяжёлое. Температура 36,5°C. Кожные покровы бледные, сухие, тургор понижен. Цианоз губ и кончиков пальцев рук. Язык обложен белым налётом, сухой. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс 104 уд/мин, слабого наполнения. АД-80/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной и околопупочной областях, выслушивается усиленное урчание. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. С утра больная не мочилась. Стул обильный, водянистый, злёного цвета, зловонный, с примесью слизи. В общем анализе крови: Лейкоциты- $13,2 \cdot 10^9/\text{л}$, Эр – $5,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, СОЭ – 24 мм/час; относительная плотность плазмы крови – 1030, гематокрит-55%, калий плазмы – 3,2 ммоль/л, натрий плазмы – 130 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Укажите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Определите степень обезвоживания.
- 3) Составьте план лечения (вес больной 70 кг).

Клиническая задача №3

В медицинский пункт аэропорта обратился больной, 42 лет. Доставлен товарищами – членами туристической группы, возвращающимися из Индии, где были в течение 10 дней. Заболел ночью в самолёте - появилось урчание в животе и жидкий водянистый стул. До момента обращения к врачу стул был более 20 раз, трижды - обильная рвота водянистым содержимым. Появилось головокружение, нарастала слабость. Через 12 часов от начала заболевания состояние крайней тяжести. Общая синюшность кожных покровов, сухость слизистых, говорит шепотом. Глазные яблоки запавшие, черты лица заострившиеся. Тургор кожи резко снижен, симптом «руки прачки». Кожные покровы холодные, покрыты липким потом. Температура тела 35,4°C. Периодически больной становится возбужденным, возникают судороги конечностей. Язык сухой, покрытый коричневым налётом. Одышка – 34 в минуту. Пульс нитевидный, частота сердечных сокращений 130 уд/мин. АД 30/0 мм.рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. В сознании. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Обоснуйте клинический диагноз и определите степень обезвоживания.
- 2) Какие меры следует предпринимать при выявлении больного с выставленным диагнозом?
- 3) Назначьте регидратационную терапию (вес больного до болезни 70 кг).
- 4) Какие исследования следует произвести в отделении интенсивной терапии для уточнения диагноза, оценки тяжести болезни и адекватности терапии?

Клиническая задача №4

Скорая медицинская помощь вызвана в медпункт вокзала к больному, 50 лет, приехавшему из Пакистана. У больного около 4 часов утра в вагоне появился жидкий стул (обильный, водянистый), затем, в 11:30 - несколько раз рвота. На вокзале был обморок. В медпункте заподозрена пищевая токсикоинфекция, т.к. в дороге больной ел бутерброды с несвежей колбасой. АД 80/50 мм.рт.ст. Сделаны п/к мезатон и адреналин. Вызвана скорая помощь.

Врачом скорой помощи в 12:30. установлено тяжелое состояние, судороги икроножных мышц, цианоз, сухость слизистых оболочек и кожи, сильная жажда, афония, тахикардия, небольшая разлитая болезненность при пальпации живота. С 7 часов утра не мочился. В машине «скорой помощи» начато введение гемодеза (200 мл), раствора глюкозы (1000 мл), однако состояние не улучшилось.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 2) Дайте оценку терапевтической тактике, проведенной в медпункте и врачом «скорой помощи».
- 3) Назначьте план лечения больного, если его вес до заболевания был 80 кг, а обезвоживание 3 степени.

Клиническая задача №5

На приём к педиатру 4.01. привели девочку 8 лет с жалобами на недомогание, отсутствие аппетита, поперхивание при глотании, затруднение при чтении. С 1.01. наблюдается участковым педиатром, диагноз «ОРВИ». Обоснование диагноза – слабость, кратковременное расстройство стула, гиперемия слизистой ротоглотки. Девочка находится у бабушки, т.к. её мать лежит в больнице, а что с ней они не знают.

Объективно: состояние удовлетворительное. Бледна. Кожа чистая. Живот вздут, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стула нет 3 дня. Пульс 80 уд/мин, тоны сердца ясные. АД 100/70 мм.рт.ст. Рот открывает неохотно, видна гиперемия слизистой и большое количество слюны, которую плохо глотает. Язык обложен. Небная занавеска свисает, неподвижна при фонации, голос гнусавый. Двусторонний мидриаз, расходящееся косоглазие справа.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с диагнозом «дифтерия»? Установите диагноз.
- 2) Какие дополнительные сведения необходимо получить в данной ситуации?
- 3) Назначьте лечение.

Клиническая задача №6

Больная П., 22 лет, вызвала «скорую помощь» по поводу появления общей слабости, двоения в глазах, тумана перед глазами, головокружения, поперхивания при питье воды. Больна 2-й день. Госпитализирована с подозрением на отравление спиртом.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 37,2⁰С. В легких везикулярное дыхание, ЧД – 22 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 66 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 100/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налётом, суховат. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стула в течение суток не было. Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Отмечается левосторонний птоз, расширение зрачков, расходящееся косоглазие. Двусторонний парез мягкого нёба.

При дополнительном опросе выяснено, что накануне заболевания была в гостях, где угощали салатами из свежих овощей, жареной картошкой, солёными грибами, пила разведённый спирт.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Назначьте план обследования и лечения.

Клиническая задача №7

Врач «скорой помощи» осматривает больную Ж., обратившуюся в связи «с очень плохим самочувствием». Больной 40 лет, по профессии - медсестра. В течение 2-х недель отмечает слабость, потливость, резкое снижение работоспособности, боли в крупных суставах, особенно ночью. В последние дни постоянное чувство тошноты, исчез аппетит, появилась головная боль и головокружение, потемнела моча. Температура не повышалась.

Неоднократно обращалась к участковому врачу и к терапевту по месту работы. Плохое самочувствие объясняли переутомлением, и больная продолжала работать. Вчера родственники заметили желтушность склер. Сегодня вследствие еще большего ухудшения самочувствия (усилилось головокружение, появилось «мелькание мушек» перед глазами) была вызвана «скорая помощь».

Объективно: Вялая, заторможенная, тремор рук. Дважды было носовое кровотечение. Температура тела 36,3°C. Выраженная желтуха. На коже и слизистых - геморрагии, положительный симптом шипка. Суставы не изменены. Живот мягкий, слегка вздут. Печень у реберной дуги, мягкая, верхний край - на уровне 7-го ребра. Селезенка не пальпируется. В легких и сердце - без особенностей. АД 90/70 мм.рт.ст. Пульс-100 уд/мин. Моча цвета пива, кал ахоличный.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте развернутый диагноз.
- 2) Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача №8

На прием к терапевту обратилась больная, 28 лет, после перенесенного ОРЗ; в настоящее время чувствует себя лучше, но отмечает слабость, плохой аппетит, боль в суставах.

При осмотре: на коже конечностей и туловище несколько «синяков», которые образуются, по словам больной, в течение последнего года от малейших ушибов. Кожа и склеры желтушны. Увеличена и уплотнена печень, пальпируется селезенка. 1,5 года назад перенесла вирусный гепатит В, наблюдалась некоторое время в кабинете диспансеризации. Диету не соблюдала. При биохимическом исследовании крови: билирубин свободный-30 мкмоль/л, билирубин связанный-17 мкмоль/л, АлАТ-240 ЕД/л, АсАТ-586 ЕД/л; сулемова проба - 1,7мл; протромбиновый индекс - 60%. Обнаружены также: HBsAg, HBeAg, anti-HBcore IgG.

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные серологические данные необходимы для уточнения диагноза?
3. Каков план лечения больной?

Клиническая задача №9

К больной С., 42 лет, врачу-реаниматологу, был вызван врач поликлиники 24.04. Жалобы на высокую температуру тела, боль в правом подреберье, коленных и лучезапястных суставах. Больна 3-й день, пыталась лечиться самостоятельно (анальгин, аспирин), но самочувствие ухудшалось, заметила появление уртикарной сыпи на теле, головокружение, продолжалась боль в правом подреберье, усилилась тошнота, была повторная рвота, изменился цвет мочи, температура повысилась до 39,7° С. Сказала врачу, что в последнее время часто ела салат из свежих овощей, особенно из тепличных огурцов. После осмотра была направлена на госпитализацию в инфекционную больницу с диагнозами: «лептоспироз, иерсиниоз». В стационаре выявлена желтуха. Состояние тяжелое. Сохранялась боль в суставах, правом подреберье. На коже в области суставов необильная сыпь пятнисто-папулезного характера. Пульс 90 уд/мин, тоны сердца приглушены. Живот вздут, болезненный при пальпации. Печень увеличена, пальпировалась на 4 см ниже реберной дуги, край ее резко болезненный при пальпации. Селезенка увеличена. Асцит.

При биохимическом исследовании крови:

билирубин связанный — 150 мкмоль/л, свободный — 80 мкмоль/л;

АлАТ — 1500 ЕД/л, АсАТ — 1800 ЕД/л;

протромбиновый индекс — 50%;

общий белок — 45 г/л,

альбумины — 35%, альфа 1 — 5%, альфа 2 — 12%, бета — 15%, гамма — 32%;

сулемовая проба — 1,4 мл, тимоловая проба - 50 ед.;

При серологическом исследовании выявлены: HBsAg, антитела к ядерному антигену (суммарные), антитела к вирусу D класса М.

Состояние больной продолжало ухудшаться, усилилась боль в животе, головокружение, зевота, плохо спала, желтуха нарастала, было носовое кровотечение, размеры печени сократились. Переведена в отделение интенсивной терапии.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз и обоснуйте.
- 2) Наметьте терапевтическую тактику.
- 3) Каков прогноз болезни?

Клиническая задача №10

Больной В., 40 лет, вызвал на дом врача в связи с высокой температурой. Жалобы на сильные боли в правой подмышечной области, головную боль, резкую слабость, кашель. Заболел 4 дня назад, когда появился озноб, головная боль, боль в мышцах, рвота и боли в правой подмышечной области, температура 39,5°C. На 2-й день обнаружил в правой подмышечной области резко болезненное образование. Начал принимать бисептол. На 4-й день появился кашель, состояние ухудшилось. За день до заболевания прилетел из командировки в Иссык-Кульскую область, где в течение 2-х недель жил в полевых условиях. Состояние тяжёлое. Больной возбуждён, лицо гиперемировано. Сосуды склер и конъюнктивы инъецированы. В правой подмышечной области резко болезненный, плотный конгломерат, с отёком мягких тканей, неподвижный. Кожа над ним имеет багрово-синюшную окраску. Кашель с небольшим количеством пенисто-кровянистой мокроты. При аускультации справа в нижнем отделе небольшое количество мелкопузырчатых хрипов. ЧД – 28 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 124 уд/мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот безболезненный, пальпируется край селезёнки. В сознании. Менингеальных симптомов нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 2) Составьте план обследования и лечения.
- 3) Укажите, какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести.

Клиническая задача №11

Больной В., 38 лет, обратился к врачу с жалобами на высокую температуру, слабость, ломоту в теле, головную боль, сильные боли в правой подмышечной области. Считает себя больным в течение 4 дней. Заболевание началось с познабливания и подъема температуры до 38°C, тогда же отметил болезненность в правой подмышечной области. Самостоятельно принимал анальгин, делал компрессы на правую подмышечную область. Однако состояние ухудшалось: по вечерам беспокоили ознобы, держалась лихорадка – 39-40°C, боль в подмышечной области постепенно усиливалась, что заставило больного обратиться к врачу. Перед заболеванием ездил к родителям, живущим в сельской местности, помогал по хозяйству, участвовал в сельскохозяйственных работах. При осмотре: на правой кисти имеется рана, покрытая гнойной коркой, с гиперемией вокруг неё. В правой подмышечной области определяется болезненное образование с размером 5*6 см, плотное, четко контурирующееся, с размягчением в центре. Кожа под ним ярко гиперемирована. В легких патологии не выявлено. Тоны сердца слегка приглушены, пульс 100 уд/мин. АД 120/70 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Больной несколько вял, адинамичен. Яркий румянец на щеках. Очаговых неврологических и менингеальных симптомов нет. Госпитализирован с подозрением на кожно-бубонную форму чумы.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с диагнозом?
- 2) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Клиническая задача №12

Больной К., 27 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на слабость, повышение температуры до 37,5°C, появление резкого отека правой кисти.

Из анамнеза: 4 дня назад заметил на правой кисти небольшое плотноватое зудящее пятно, которое принял за укус комара. На следующий день на месте пятна образовался пузырек с геморрагическим экссудатом, зуд усилился. При расчесывании пузырек лопнул и на его месте образовалась язва, быстро покрывшаяся черной коркой. Самочувствие стало ухудшаться: появились слабость, головная боль, температура тела поднялась до 37,8°C.

При осмотре: кисть правой руки резко отечна, пальпация её безболезненна. На тыльной поверхности имеется темно-коричневая корка, вокруг корки – темно-багровый венчик, на котором видны пузырьки с прозрачным содержимым. Пальпация корки и области отека безболезненна. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены, плотные, чувствительные при пальпации. Эпиданамнез: больной постоянно живет в сельской местности. Никуда не выезжал. Работает на скотобойне. Контакт с инфекционными больными отрицает.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2) Проведите дифференциальную диагностику.
- 3) Тактика участкового врача?

Клиническая задача №13

Военнослужащий П., 19 лет, доставлен в медсанчасть в 11.30 с диагнозом: Грипп, геморрагическая форма. Ночью проснулся от сильного озноба. В 7.00 температура - 40°C. При поступлении жалобы на головную боль, боли в мышцах и суставах, резкую слабость, чувство холода. Состояние тяжелое Т- 36,5°C, беспокоен. Кожа бледная, цианоз губ и ногтей. Множественные кровоизлияния в конъюнктивы глаз. На туловище, лице и конечностях, небольшое количество геморрагических элементов, количество и размеры которых в процессе осмотра увеличивается. Пульс-128 уд/мин; АД 80/30 мм.рт.ст., ЧД –24 в минуту. Мочился в 8.00 утра. Менингеальных симптомов нет. В части регистрировались случаи гриппа.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Тактика врача.

Клиническая задача №14

К больной И., 41 года, воспитателю интерната, вызвана «скорая помощь» 5.04 в связи с высокой температурой, сильной головной болью, плохим самочувствием.

Заболела утром 4.04 остро, когда появилось першение в горле, заложенность носа, головная боль, температура тела 37,5°C. Вызванный участковый врач диагностировал ОРЗ, назначил обильное питье, аскорутин, димедрол. На следующий день внезапно появился озноб, температура тела повысилась до 39,5°C, усилилась головная боль, ломота в теле, боль в суставах, заметила сыпь на туловище и нижних конечностях. В интернате, где работает больная, имеются дети, больные ОРЗ, некоторые из них госпитализированы.

При осмотре: состояние средней тяжести, адинамично, температура тела 39,2°C. На туловище и нижних конечностях папулезная сыпь, имеются геморрагии, кровоизлияния под конъюнктиву. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована, лимфоидные фолликулы гипертрофированы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 104 уд/мин, ритмичный, АД 90/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены, менингеальных явлений нет, выражена гиперестезия кожных покровов при их пальпации. Направлена на госпитализацию с диагнозом «корь».

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача № 15

Больной К., 19 лет, студент, 10.03 обратился в студенческую поликлинику с жалобами на головную боль, озноб, слабость, першение в горле. Температура при измерении – 39,6°C. Диагностирован грипп. На следующий день состояние ухудшилось, 3 раза была рвота, головная боль усилилась, температура 40°C. Больной доставлен в стационар бригадой «скорой помощи». При поступлении состояние тяжелое, больной возбужден, неадекватен, сознание спутанное. При осмотре кожные покровы чистые. В легких хрипы не выслушиваются, ЧД – 24 уд/мин, сердечные тоны ясные, АД 150/80 мм.рт.ст. Пульс 110 уд/мин, ритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Больной не мочился с вечера предыдущего дня. Выражена ригидность мышц затылка. Положительный симптом Кернига с 2-х сторон. Зрачки сужены, D=S. Во время осмотра развились клонические судороги, больной потерял сознание.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Ваш предположительный диагноз, обоснуйте его.
- 2) Чем обусловлена тяжесть состояния?
- 3) План обследования и лечения.
- 4) Мероприятия в очаге.

Клиническая задача №16

Больная С., 28 лет, осмотрена на дому. Жалобы на боль в горле, резь в глазу, насморк, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 38,5°C. Болезнь началась 3 дня назад, с недомогания, катаральных явлений. Обратилась к врачу в связи с ухудшением самочувствия и проявлением рези в глазу. Состояние средней тяжести. Во внутреннем углу правого глаза слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктивы гиперемированы, склеры инъецированы, на переходной складке конъюнктивы правого глаза плёнчатый налет. Носовое дыхание затруднено, слизисто-гнойные выделения из носа. Миндалины отёчны, гиперемированы, на слизистой оболочке задней стенки глотки гиперемированные фолликулы. Шейные лимфоузлы увеличены, безболезненные. Госпитализирована с диагнозом: «ОРВИ. Дифтерия глаза».

ЗАДАНИЕ:

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Проведите дифференциальный диагноз между ОРВИ и дифтерией глаза.

Клиническая задача №17

Больная И., 25 лет, вызвала врача «скорой помощи» в связи с плохим самочувствием, сухим болезненным кашлем, насморком, затрудненным дыханием. Говорит сиплым голосом. Больна 3-й день, заболевание связывает с переохлаждением. Сначала появилось першение в горле, заложенность носа, сиплый голос, затем кашель стал грубым. Температура тела была повышена незначительно (37,4°C). Не лечилась, т.к. не переносит многих лекарств. Ходила на работу. Сегодня ночью стало хуже, исчез голос, появилось удушье. При осмотре: состояние средней тяжести, бледная, цианоз губ. Одышка 26 в мин., дыхание шумное. Громкий, сильный «лающий» кашель. После откашливания голос появляется, но затем снова пропадает. АД 130/90 мм.рт.ст., пульс 90 уд/мин., температура 38,0°C. В легких сухие хрипы, слизистые оболочки миндалин, дужек, задней стенки глотки гиперемированы, слегка отёчны.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Решите вопрос о госпитализации.
- 4) Назначьте обследование и лечение.

Клиническая задача №18

Больная П., 17 лет, вызвала врача «скорой помощи». Жалобы на высокую температуру, чувство нехватки воздуха, сухой кашель, сильную головную боль и боль в глазных яблоках. Больна 3-й день, заболевание началось остро, с озноба, головной боли, болей в мышцах и суставах, повышение температуры до 39,2°C. Со 2-го дня появились боли за грудиной, сухой кашель, заложенность носа. На 3-й день температура снизилась до 38°C, но усилился кашель, появилась скудная мокрота розового цвета, выросла слабость, появилось чувство нехватки воздуха. При осмотре – состояние тяжёлое. Беспокойна, не может лежать. Бледная, цианоз губ. При аускультации легких – дыхание жёсткое, небольшое количество рассеянных, сухих и влажных хрипов. ЧД – 40 в мин. Пульс 120 уд/мин., ритмичный. АД 80/40 мм.рт.ст.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 2) Определите тактику ведения больной.

Клиническая задача №19

Больной В., 45 лет, обратился повторно к врачу 8.01 с жалобами на кашель со скудной мокротой, умеренную боль в грудной клетке слева, плохой аппетит, головную боль, повышение температуры тела до 38,6°C. Считает себя больным с 4.01, когда появилась головная боль в области лба, озноб, повысилась температура до 39,8°C, отмечалась ломота в теле. С 5.01 присоединились скудные выделения из носа, першение в горле, сухой кашель. Обратился к врачу. Была назначена симптоматическая терапия (обильное питье с медом, глюконат кальция, аскорутин, на ночь ибупрофен). Состояние несколько улучшилось. Слабость уменьшилась. 7.01 температура тела была нормальной. 8.01 кашель усилился, сначала сухой, затем с трудно отходящей мокротой, присоединилась боль в грудной клетке слева, потливость, вновь повысилась температура до 38,6°C.

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

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 2) Решите вопрос о необходимости госпитализации.
- 3) План обследования и лечения.

Клиническая задача №20

Больной 3-х лет, посещает детский сад. За последние дни из группы выведено 4 ребенка с выраженными катаральными явлениями. Данный больной заболел с повышения температуры до 37°C, насморка. В последующем температура повысилась до 38,7-39°C, усилился насморк, появился влажный кашель, гнойное отделяемое из глаз. Ткани лица пастозные, веки отечные, из носа обильное слизистое отделяемое, крылья носа мацерированы, склерит, слезотечение, гиперемия конъюнктивы. В зеве яркая разлитая гиперемия, зернистость мягкого неба, бугристость задней стенки глотки, по ней стекает мутная слизь. Боковые валики утолщены, отечны. Увеличены все группы лимфоузлов. В легких выслушивается жесткое дыхание, проводные сухие и единичные крупнопузырчатые влажные хрипы. Печень+ 2см +3см +3 см.

ЗАДАНИЕ:

- 1) О каком заболевании следует думать?
- 2) Какие методы исследования необходимо назначить для подтверждения этиологии заболевания?
- 3) Какие клинические формы данного заболевания вам известны?
- 4) Составьте план лечения.
- 5) Назовите меры профилактики данного заболевания.

Клиническая задача №21

Ребенок 10 месяцев, заболел остро ночью с подъема температуры тела до 38,5⁰С, появления "лающего" кашля, осиплости голоса, слизистого отделяемого из полости носа, затрудненного дыхания, беспокойства. Машиной «скорой помощи» ребенок был доставлен в стационар. При поступлении: состояние тяжелое, выражена одышка (ЧД - 60 в мин) инспираторного характера с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры грудной клетки, западением яремной ямки и эпигастрия. Отмечается периоральный цианоз, цианоз кончиков пальцев, "мраморный" рисунок кожи. Голос осиплый. Зев гиперемирован. Кашель грубый, лающий. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны, ЧСС – 130, выпадение пульсовой волны на вдохе. В легких дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям. *Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в реакции иммунофлюоресценции:* парагрипп (+), грипп (-), РСВ (-), Аденовирусы (-)
Клинический анализ крови: Hb - 130 г/л, Эр - $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП - 0,89, Лейк - $8,3 \cdot 10^9$ /л; п/я-3%, с/я-41%, э-2%, л-45%, м-9%, СОЭ- 10 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте клинический диагноз. 2. Проведите обоснование диагноза.
- 2) Какие дополнительные исследования необходимо провести?
- 3) Окажите помощь на догоспитальном этапе.
- 4) Где следует лечить больного?

Клиническая задача №22

Девочка 1 года 9 месяцев, заболела за 3 дня до поступления в стационар. В 1-й день болезни температура повысилась до 37,4⁰С, к вечеру появился кашель, сначала обычный, а к утру следующего дня кашель стал суховатым, грубым, лающим. Мать отмечает, что вместе с появлением кашля голос у девочки стал менее звонким, хриловатым. На 2-е сутки девочка стала беспокойной, просыпалась ночью от частого кашля, голос стал еще более осипшим. На 3-е сутки температура оставалась субфебрильной, голос и кашель стали беззвучными, при кашле и волнении появлялся шумный вдох и небольшое втяжение эпигастральной области. Ребенок стал беспокойным, и врач направил его в больницу. При поступлении состояние тяжелое, температура 38,0⁰С, девочка вялая, бледная, выражен цианоз носогубного треугольника. Афония, кашель сухой, беззвучный. Резко выражено стенотическое дыхание с втяжением всех податливых мест грудной клетки. Пульс учащен до 148 уд/мин. Через 1,5 часа состояние ребенка ухудшилось, девочка стала крайне беспокойной, мечется, появился липкий пот на лбу и волосистой части головы, цианоз губ и носогубного треугольника, отмечается выпадение пульсовой волны на вдохе на 4–5 сердечном ударе.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Приведите его обоснование.
- 3) С каким заболеванием следует провести дифференциальный диагноз?
- 4) В каком стационаре и отделении должна лечиться больная?
- 5) Назначьте лечение больной и необходимые манипуляции.

Клиническая задача №23

Ребенку 4 года, болен в течение 2-х недель. Заболевание началось с покашливания, постепенно кашель усиливался, стал мучительным, навязчивым, а через неделю - приступообразным. Температура не повышалась. Во время приступа кашля лицо краснеет, вены лица и шеи набухают. Приступы кашля заканчиваются отхождением вязкой мокроты. Количество приступов за сутки до 10. При осмотре больного: в межприступный период состояние не изменено, отмечается незначительная одутловатость лица, перкуторно - над легкими коробочный оттенок звука, при аускультации - жесткое дыхание. Другой патологии не выявлено. Ребенок привит АКДС – вакциной – однократно в 2 мес., после чего отмечалась выраженная аллергическая реакция (сыпь, гипертермия) и в дальнейшем ребенок прививался АДС-М анатоксином. Дома в течение месяца кашляет старший брат больного.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте клинический диагноз.
- 2) Приведите его обоснование.
- 3) Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз.
- 4) Где будете лечить ребенка? Назначьте лечение.
- 5) Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Клиническая задача №24

Ребенок 3 лет поступил в стационар с жалобами на кашель. Из анамнеза заболевания выяснено, что в течение 10 дней ребенка беспокоил сухой кашель, при этом общее состояние оставалось удовлетворительным, температура не повышалась. Родители ребенка к врачу не обращались, самостоятельно ребенка также не лечили. Впоследствии кашель стал носить приступообразный характер, частота приступов кашля не превышала 10 раз в сутки. Рвоты, апноэ, покраснения и цианоза лица во время приступов кашля не отмечалось. Ребенок был осмотрен участковым врачом и с подозрением на коклюш направлен в стационар. В стационаре при бактериологическом обследовании была обнаружена *Bordetella parapertussis*.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте клинический диагноз.
- 2) Назначьте полное обследование.
- 3) Назовите принципы терапии данного заболевания
- 4) Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?
- 5) Распишите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Клиническая задача №25

Ребенок 5 лет, заболел остро во второй половине дня в детском саду с повышением температуры до 37,8°C и появления пятнисто-папулезной сыпи. С диагнозом: "Корь" отправлен домой. На второй день болезни участковый педиатр диагноз кори снял, т.к. на коже были выявлены элементы везикулезной сыпи, в том числе на волосистой части головы. Самочувствие больного было нарушено незначительно, в связи с чем ребенок оставлен дома. Дома температура повышалась до 38,5°C, на третий день болезни число элементов сыпи увеличилось, появились единичные элементы сыпи на слизистой полости рта.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте клинический диагноз и приведите его обоснование.
- 2) Назначьте обследование.
- 3) Назначьте лечение.
- 4) Составьте план проведения противоэпидемических мероприятий в детском саду.
- 5) Существует ли специфическая профилактика данного заболевания. Если да, то назовите препараты для вакцинации.

Клиническая задача №26

Ребенок 4 лет заболел остро с повышением температуры тела до 38,5°C, недомогания, снижения аппетита, повторной рвоты, болей в горле при глотании, появления сыпи на лице, туловище и конечностях. «Скорой помощью» ребенок был доставлен в стационар.

При осмотре в приемном покое: состояние больного средней степени тяжести, температура тела - 39,0°C, жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, при этом носогубный треугольник бледный. Кожные покровы сухие, гиперемизованы, на туловище, сгибательных поверхностях конечностей обильная мелкоточечная сыпь. Слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 140 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочится свободно. Стул оформленный. St. localis: тонзиллярные лимфатические узлы до 1 см в диаметре, безболезненны. Рот открывает свободно. Отека в зеве и на шее нет. В ротоглотке яркая ограниченная гиперемия, энантема на мягком небе, миндалины II ст., по лакунам островчатые наложения, бело-желтого цвета, легко снимаются, растираются шпателем.

Клинический анализ крови: Hb - 125 г/л, Эр - $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц - $13,5 \cdot 10^9$ /л; э - 3%, п/я - 10%, с/я - 65%, л - 17%, м - 5%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

В посевах слизи из ротоглотки обнаружен рост гемолитического стрептококка группы А.

ЗАДАНИЕ.

- 1) Поставьте клинический диагноз.
- 2) Проведите обоснование диагноза.
- 3) Проведите дифференциальный диагноз с иерсиниозом.
- 4) Назначьте лечение.
- 5) Составьте план противоэпидемических мероприятий дома и в детском коллективе (ребенок посещает детский сад).

Клиническая задача №27

У ребенка 5 лет на фоне температуры 37,3°C и легких катаральных явлений появилась сыпь на всех участках тела. На дом вызван участковый врач. При осмотре: состояние больного ближе к удовлетворительному, температура 37,3°C, имеется небольшая заложенность носа, увеличены затылочные, заднешейные лимфатические узлы. На неизменном фоне кожи лица, туловища, конечностей мелкая пятнистая сыпь со сгущением на разгибательных поверхностях рук, спине и ягодицах. Слизистая ротоглотки слабо гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96 ударов в минуту. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет. Физиологические отправления не нарушены.

Клинический анализ крови: Нб - 120 г/л, Эр - $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Лейк - $6,0 \cdot 10^9/л$; п/я-1%, с/я- 30%, л- 60%, м-9%, СОЭ- 5 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 2) С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
- 3) Назовите специфические методы диагностики данного заболевания.
- 4) Распишите лечение больному.
- 5) Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге заболевания.

Клиническая задача №28

Больной П., 25 лет, рабочий. Обратился в МСЧ завода в связи с плохим самочувствием, слабостью, повышением температуры тела до 37,5°C, появлением кашля и насморка, головной боли. Осмотрен врачом. Отмечены отечность, гиперемия слизистой ротоглотки. С диагнозом «грипп» отправлен домой. В течение следующих 2–3 дней самочувствие ухудшилось, нарастала слабость, мучил сухой кашель, насморк, температура достигла 39,5°C, исчез аппетит, плохо спал ночью. Врач поликлиники, вызванный на дом, выявил гиперемию и одутловатость лица, отечность конъюнктив и краев век, слезотечение и светобоязнь. Кашель был частым, грубым, голос - охрипшим. При осмотре полости рта и глотки - яркая гиперемия, отечность, рыхлость слизистой. На внутренней поверхности щек (напротив коренных зубов) беловатые образования до 1 мм в диаметре, окруженные небольшим венчиком красноты. В легких рассеянные, сухие хрипы, пульс 98 уд/мин, ритмичный. Латеральные шейные лимфоузлы увеличены, безболезненны. Печень не увеличена. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Решите вопрос о необходимости госпитализации.
- 4) Спрогнозируйте дальнейшее развитие болезни. Укажите возможные осложнения.

Клиническая задача №29

Ребенок 4 лет заболел остро, поднялась температура до 37,8°C, появился кашель, насморк. В течение 2 дней температура держалась на субфебрильных цифрах, самочувствие больного страдало незначительно. На 4-й день болезни появилась сыпь на лице. Был вызван участковый врач. При осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести, температура 38,0°C, лицо пастозное, катаральный конъюнктивит, светобоязнь, из носа слизистое отделяемое, кашель сухой. В зеве умеренная разлитая гиперемия, мягкое и твердое небо неравномерно-пятнистое. Слизистые щек и десен шероховатые, гиперемизированы, с белыми мелкими пятнышками в области малых коренных зубов. На лице, шее, груди красная пятнисто-папулезная сыпь. На лице сыпь имеет тенденцию к слиянию. Другой патологии не найдено. В детском саду карантин нет. В семье еще есть ребенок 2 лет. Вакцинация против инфекционных заболеваний ему не проводилась, несмотря на отсутствие противопоказаний. Ясли не посещает.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте клинический диагноз с указанием периода болезни.
- 2) Обоснование диагноза.
- 3) Назначьте лечение больному.
- 4) С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?
- 5) Профилактические мероприятия в детском саду и семье.

Клиническая задача №30

Бригада «скорой помощи» была вызвана 20.01 к больной С., 29 лет. Врач нашел больную без сознания. Со слов родственников стало известно, что 13.01 больная отметила слабость, головную боль, боли в мышцах, озноб, насморк, светобоязнь, температура тела поднялась до 38,2°C. Принимала анальгин, 15.01 утром появилась сыпь на туловище, а к вечеру – на верхних и нижних конечностях. Отметила также боль в затылочной области. Вызванный участковый врач поставил диагноз «ОРЗ, медикаментозная сыпь». Назначена десенсибилизирующая терапия. С 3-го дня болезни температура начала снижаться и к 5-му дню болезни нормализовалась. В это же время сыпь побледнела и к 5-му дню угасла, не оставив следов. Утром 20.01 вновь поднялась температура до 38,8°C, появилась неадекватность поведения, рвота, судороги. При осмотре: состояние тяжелое, сознание отсутствует. Кожа чистая. Увеличены затылочные и заднешейные лимфатические узлы. Дыхание ритмичное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс 60 уд/мин. АД 130/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Реакция зрачков на свет снижена, легкая сглаженность носогубной складки слева, положительные симптомы Гордона, Оппенгейма слева, положительный ладонно-подбородочный рефлекс справа. Выявлена также ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

ЗАДАНИЕ:

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

Клиническая задача №31

Мальчик 2 лет, посещает детский сад. Воспитатель в группе заболела ангиной. Утром в детском саду ребенок пожаловался на боль при глотании, отказался от еды. При осмотре - температура тела 37,3°C, на коже лица, туловища, конечностей – розовая мелкоточечная сыпь с насыщением в естественных складках кожи. В зеве яркая гиперемия, увеличены переднешейные лимфоузлы. Язык обложен белым налетом. С подозрением на скарлатину ребенок отправлен домой, назначено лечение. К 3-му дню сыпь исчезла, зев побледнел. Мама прекратила лечение, т.к. посчитала ребенка выздоровевшим. Через 2,5 недели вновь повысилась температура до 38°C, появилась головная боль, бледность, слабость, моча с розоватым оттенком. Была повторная рвота. Ребенок госпитализирован в стационар. В стационаре: АД 140/80 мм рт.ст. Состояние тяжелое, мальчик вял, бледен, лицо одутловатое, пастозность голеней, стоп. Сыпи нет. Зев слегка гиперемирован. В легких хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, отмечается акцент II тона на а.pulmonalis. Живот мягкий, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул оформлен. Диурез снижен.

Общий анализ крови: Hb - 100 г/л, Эр - $3,1 \cdot 10^{12}$ /л, Лейк – $11,0 \cdot 10^9$ /л; э- 0%, п/я-7%, с/я- 60%, л- 22%, м-2%, СОЭ- 32 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, белок – 2 г/л, сахар – нет, эритроциты – 25–30 в п/з, местами скопления, цилиндры гиалиновые – 2-3 в п/з.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте клинический диагноз.
- 2) Объясните патогенез заболевания.
- 3) В какой терапии и длительности курса нуждается ребенок с начала заболевания?
- 4) Каких специалистов Вы пригласите на консультацию?
- 5) В каких дополнительных исследованиях нуждается больной?

Клиническая задача №32

Больная Н., 58 лет обратилась к невропатологу по поводу сильных болей в правой половине головы. Диагностирована невралгия тройничного нерва, назначены анальгетики и противовоспалительные препараты. На 5 день состояние больной ухудшилось. Температура повысилась до 39,5°C, головная боль усилилась и приняла диффузный характер. Была однократная рвота. На правой щеке появился участок покраснения и отек. Больная вызвала врача на дом и была госпитализирована с диагнозом «рожистое воспаление лица». При поступлении состояние средней тяжести. Правая щека и веки отечны, на правой половине лба и щеке эритема с нечеткими границами, более яркая в центре, переходящая на боковую поверхность шеи. В центре эритемы кожа инфильтрирована, видны сгруппированные мелкие папулы и везикулы. Подчелюстные и околоушные лимфоузлы увеличены и умеренно болезненны. Со стороны легких, сердца и органов пищеварения без патологии. Больная в сознании, адекватна. Умеренно выражена ригидность мышц затылка. Симптом Кернига слабopоложительный. Очаговых симптомов нет. Выраженная болезненность при надавливании на точки выхода тройничного нерва.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Установите диагноз, обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Каковы этиология и патогенез этого заболевания.

Клиническая задача №33

Больной Ш., 20 лет, рядовой. Обратился в МСЧ 3.04 с жалобами на припухлость шеи в области правой околоушной железы, боль при открывании рта, сухость во рту, головную боль, слабость. Заболел накануне вечером, когда заметил припухлость в области угла нижней челюсти справа, боль при открывании рта, слабость, боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести, температура 37,7°C. Кожные покровы чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Незначительный тризм жевательной мускулатуры. В правой околоушной области отмечается припухлость, слегка болезненная при пальпации, тестоватой консистенции, не связанная с подлежащими тканями, кожа над ней натянута и лоснится. Слизистая глотки не гиперемирована. В легких жесткое дыхание, хрипов нет, Тоны сердца ритмичные. Пульс 86 уд/мин, ритмичный удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык густо обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул скудный 2 раза в сутки без патологических признаков. Печень и селезенка не пальпируются. Менингеальных явлений нет. Госпитализирован.

В дальнейшем температура тела стала снижаться и нормализовалась 5.04. Припухлость в области правой околоушной железы стала постепенно исчезать. При обследовании выявлено повышение амилазы крови до 320 г/(ч/л) (норма 16 – 32 г/(ч/л)). 7.04 появился озноб, температура тела 39,1°C. головная боль. Ноющие боли в правом яичке, паховой области. При осмотре: правое яичко увеличено в размере по сравнению с левым в 2 раза, плотное, болезненное, кожа мошонки гиперемирована.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Поражение каких органов возможно при данном заболевании (особенно у взрослых)?
- 3) Какие отдаленные неблагоприятные последствия возможны после перенесения данной инфекции?

Клиническая задача №34

В терапевтическое отделение поступила больная М., 58 лет, с направительным диагнозом: пневмония.

Заболела 7 дней назад, в первый день было познабливание, боль в суставах, недомогание. Со 2-го дня болезни температура поднялась до 38,7°C, появился сухой кашель. Лечилась ампициллином в таблетках - без эффекта.

При осмотре: кожа чистая. В легких некоторое укорочение перкуторного звука в нижних отделах справа, мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, тахикардия, ЧСС=пульсу-92 уд/мин. АД-150/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см., пальпируется селезенка.

Со слов больной: «В семье все болеют. Внук госпитализирован в больницу с пневмонией, у дочери тоже высокая температура и кашель, но она отказалась от госпитализации. Из животных дома есть кошка, недавно купили попугая».

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
- 2) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 3) Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача №35

Больная З., 42 года. Жалуется на жар, слабость, головную боль, покраснение и отек кожи правой голени и стопы. Заболела остро через несколько часов после переохлаждения. Внезапно появились сильный озноб, головная боль. Температура тела быстро поднялась до 39,5°C. Дважды отмечалась рвота. Беспокоила умеренная боль в правой паховой области. На 2-й день болезни появились покраснение и отек в области тыльной поверхности правой стопы, быстро распространившиеся на голень. Боль в правой паховой области усилилась.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 39,2°C. Органы дыхания без отклонения от нормы. Пульс 116 уд/мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. В области бедра и правой голени подкожные вены расширены, узловаты, на тыле стопы, передней и боковых поверхностях голени - гиперемия с четкими границами и неровными контурами. При пальпации участка эритемы - болезненность, более выраженная по периферии и по ходу вен. Правая голень и стопа отечны, кожа блесит. В паховой области пальпируются увеличенные, болезненные лимфатические узлы.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Сформулируйте полный диагноз.
- 2) Дифференциальный диагноз.
- 3) Терапевтическая тактика.

Клиническая задача №36

Больной Д., 56 лет. Заболел 14.05 около 18 часов. Отметил сильную слабость, озноб, головную боль, боли в мышцах рук и ног, пояснице. Температура тела 40,6°C. Вызвал «скорую помощь». Врач поставил диагноз «грипп». Назначил обильное питье и полоскание горла, аспирин, анальгин. Ночью спал с перерывами. Утром состояние по-прежнему плохое: головная боль, боли в мышцах, чувство жара, температура тела 41,0°C, рвота, спутанность сознания. Был кратковременный обморок при попытке встать с постели. Появилось покраснение голени, а затем и тыла правой стопы, к середине дня распространившееся на всю голень. Несколько позже на пораженной коже появились пузыри. На второй день болезни осмотрен участковым врачом. Объективно: состояние тяжелое. Вес около 100 кг при росте 172 см. Кожные покровы бледные, горячие. Температура тела 40,2°C. На правой ноге участок эритемы, охватывающий голень и стопу. Очертания очага неправильные, кожа напряжена, лоснится, при пальпации горячая, умеренно болезненная. Голень отечная. На тыле стопы имеются пузыри размером 3*4 см., напряженные, заполненные геморрагическим содержимым, много кровоизлияний. Имеется болезненность и увеличение паховых лимфоузлов, гиперемия кожи над ними - «розовое пятно». Ороговение кожи стоп, деформация ногтей, трещины между пальцами. Пульс 116 уд/мин, АД 110/60 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык суховат, обложен. Живот мягкий. Дизурических явлений нет. В сознании. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте развернутый диагноз.
- 2) Определите терапевтическую тактику.
- 3) Каковы профилактические мероприятия после выписки?
- 4) Каков морфологический субстрат данной инфекционной болезни?

Клиническая задача №37

Больной К., 54 лет, слесарь, обратился к врачу с жалобами на слабость, высокую температуру тела, головную боль и сильную «дергающую» боль в правой ладони и подмышечной области. 7 дней тому назад на работе поранил кисть правой руки. Через 3–4 дня появилась боль в области раны на правой кисти, а затем в подмышечной области. Кисть покраснела и отекала. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 39,4°C. Правая ладонь отечна, отек распространяется на предплечье. Кожа на тыльной поверхности кисти гиперемирована, горячая, края нечеткие. Пальпация кисти чувствительна, в центре – резко болезненный инфильтрат. В области 2-го пальца ссадина 1,5*1 см, покрытая грануляциями и коркой, под которой имеется гнойное отделяемое. Локтевые и подмышечные лимфоузлы справа увеличены, болезненны. Пульс 120 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны мочевыделительных органов и ЦНС без патологии. Госпитализирован в районную больницу с подозрением на рожу правой кисти.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с поставленным диагнозом?
- 2) Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 3) Проведите дифференциальный диагноз.

БЛОК С

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ

(ИФА, клинические и биохимические анализы крови, мочи, кала, ликвора).

Биохимический анализ крови

Общий белок – 58,3 г/л
Мочевина – 3,2 ммоль/л
Остаточный азот – 13,72 ммоль/л
Креатинин – 53,1 мкмоль/л
Билирубин (общ) – 415,5 мкмоль/л
Прямой – 329,2 мкмоль/л
Не прямой – 86,3 мкмоль/л
АСТ – 170 ЕД/ л
АЛТ – 220 ЕД/ л
Сахар – 5,2 ммоль/л
Тимоловая проба – 5,9 ЕД

Биохимический анализ крови

Общий билирубин – 58,2 мкмоль/л
Прямой билирубин – 42,1 мкмоль/л
Непрямой билирубин – 16,1 мкмоль/л
АСТ – 239 ЕД/ л
АЛТ – 360 ЕД/ л
Тимоловая проба – 7,8 ед.
ПТИ – 64,2%
Время - 28”

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 71,3 г/л
Альбумин – 35,6 г/л
Билирубин (общ.) – 34 мкмоль/л
Прямой – 26 мкмоль/л
Непрямой – 8 мкмоль/л
АСТ – 135 ЕД/ л
АЛТ – 422 ЕД/ л
Тимоловая проба – 15 ед.
Протромбиновый индекс – 62,7%
Протромбиновое время - 29”

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 63,9 г/л
Альбумин – 37,0 г/л
Креатинин – 66,7 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 348,9 мкмоль/л
Прямой – 204,3 мкмоль/л
Непрямой – 144,6 мкмоль/л
АСТ – 788 ЕД/ л
АЛТ – 1260 ЕД/ л
Сахар – 3,5 ммоль/л
Тимоловая проба – 7,7 ед.

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 75,9 г/л
Альбумин – 35,0 г/л
Креатинин – 110,0 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 60,0 мкмоль/л
Прямой – 45,0 мкмоль/л
Непрямой – 15,0 мкмоль/л
АСТ – 780 ЕД/ л
АЛТ – 960 ЕД/ л
Глюкоза – 3,8 ммоль/л
Диастаза – 56,0 ед
Тимоловая проба – 7,0 ед.

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 75,9 г/л
Альбумин – 38,0 г/л
Мочевина – 3,6 ммоль/л
Остаточный азот – 14,5 ммоль/л
Креатинин – 110,0 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 27,0 мкмоль/л
Прямой – 18,0 мкмоль/л
Непрямой – 9,0 мкмоль/л
АСТ – 980 ЕД/ л
АЛТ – 1520 ЕД/ л
Сахар – 4,7 ммоль/л
Тимоловая проба – 47,0 ед.
Са⁺ - 2,0 мкмоль/л

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 64,1 г/л
Мочевина – 9,0 ммоль/л
Остаточный азот – 25,9 ммоль/л
Креатинин – 383,4 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 169,8 мкмоль/л
Прямой – 140,4 мкмоль/л
Не прямой - 29,4 мкмоль/л
АСТ – 662 ЕД/ л
АЛТ – 952 ЕД/ л
Сахар – 1,1 ммоль/л

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 53,7 г/л
Альбумин – 33,0 г/л
Мочевина – 6,1 ммоль/л
Остаточный азот – 19,8 ммоль/л
Креатинин – 64,3 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 273,9 мкмоль/л
Прямой – 219,3 мкмоль/л
Не прямой - 54,6 мкмоль/л
АСТ – 660 ЕД/ л
АЛТ – 820 ЕД/ л
Сахар – 5,0 ммоль/л
Тимоловая проба – 6,9 ед.

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 62,9 г/л
Альбумин – 33,0 г/л
Мочевина – 2,0 ммоль/л
Остаточный азот – 11,2 ммоль/л
Креатинин – 86,6 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 311,1 мкмоль/л
Прямой – 238,8 мкмоль/л
Не прямой - 72,3 мкмоль/л
АСТ – 960 ЕД/л
АЛТ – 1370 ЕД/л
Сахар – 5,2 ммоль/л
Тимоловая проба – 6,7 ед.

Биохимический анализ крови

Общий белок – 86,8 г/л
Альбумин – 49 г/л
Мочевина – 27,2 ммоль/л
Ост. Азот – 64,1 мкмоль/л
Креатинин – 376,9 мкмоль/л
Сахар – 0,6ммоль/л
Са⁺⁺ - 1,9 мкмоль/л

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 47,6 г/л
Альбумин – 30,0 г/л
Мочевина – 5,3 ммоль/л
Остаточный азот – 22,1 млмоль/л
Креатинин – 67,2 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 218,4 мкмоль/л
Прямой – 179,2мкмоль/л
Не прямой - 39,2мкмоль/л
АСТ – 865 ЕД/л
АЛТ – 1420 ЕД/л
Сахар – 5,4 ммоль/л
Тимоловая проба – 6,7 ед.
Кальций – 2,9 мкмоль/л

Общий анализ крови

Эритроциты – $3,6 \cdot 10^{12}$ /л
Гемоглобин – 90 г/л
Цветной показатель – 1,0
Лейкоциты – $4,5 \cdot 10^9$ /л
Палочки – 3%
Сегменты – 46 % Лимфоциты – 46,2%
Моноциты – 5,2%
СОЭ – 20 мм/час

Общий анализ крови

Гемоглобин – 88 г/л
Эритроциты – $2,83 \cdot 10^{12}$ /л
Цветной показатель – 0,93
Лейкоциты – $7,8 \cdot 10^9$ /л
Палочки – 3%
Сегменты – 29%
Лимфоциты – 58%
Моноциты – 10%
СОЭ – 38 мм/час

Общий анализ крови

Гемоглобин – 83,5 г/л
Эритроциты – $3,54 \cdot 10^{12}/\text{л}$
Цветной показатель – 0,7
Лейкоциты – $7,6 \cdot 10^9/\text{л}$
Палочки – 1%
Сегменты – 64%
Эозинофилы – 2%
Лимфоциты – 31%
Моноциты – 2%
СОЭ – 2 мм/час

Общий анализ крови

Эритроциты – $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$
Гемоглобин – 130 г/л
Цветной показатель – 1,02
Лейкоциты – $21,2 \cdot 10^9/\text{л}$
Палочки – 6%
Сегменты – 78 %
Лимфоциты – 14%
Моноциты – 2%
СОЭ – 2 мм/час

Кровь на толстую каплю на менингококк

Кокки – внеклеточные и внутриклеточные – в умеренном количестве

Общий анализ крови

Эритроциты – $3,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$
Гемоглобин – 85 г/л
Цветной показатель – 0,82
Лейкоциты – $25,7 \cdot 10^9/\text{л}$
Палочки – 10%
Сегменты – 78 %
Лимфоциты – 10%
Моноциты – 2%
СОЭ – 40 мм/час

Общий анализ крови

Эритроциты – $2,8 \cdot 10^{12}/л$
Гемоглобин – 84 г/л
Цветной показатель – 0,90
Лейкоциты – $15,8 \cdot 10^9/л$
Палочки – 5%
Сегменты – 47 %
Лимфоциты – 46%
Моноциты – 2%
СОЭ – 68 мм/час

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – **положительный**
HBsAg – отрицательный
Anti-HBc IgM - отрицательный
Anti-HCV total – отрицательный
Anti-HDV IgG – отрицательный

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный
Anti-HEV IgM – отрицательный
HBsAg – **положительный**
HBeAg – **положительный**
Anti-HBc IgM – **положительный**
Anti-HCV total – отрицательный
Anti-HDV IgG – отрицательный
Anti-HDV IgM – отрицательный

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HAV IgG – отрицательный

Anti-HEV IgM – отрицательный

HBsAg – **положительный**

HBeAg – отрицательный

Anti-HBc IgM – отрицательный

Anti-HCV total – отрицательный

Anti-HDV IgG – отрицательный

Anti-HDV IgM – **положительный**

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HEV IgM – отрицательный

HBsAg – отрицательный

HBeAg - отрицательный

Anti-HBc IgM - отрицательный

Anti-HCV total – **положительный**

Anti-HDV IgG – отрицательный

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HEV IgM – отрицательный

HBsAg – **положительный**

HBeAg - отрицательный

Anti-HBc IgM - отрицательный

Anti-HCV total – отрицательный

Anti-HDV IgM – **положительный**

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HEV IgM – **положительный**

HBsAg – отрицательный

HBeAg - отрицательный

Anti-HBc IgM - отрицательный

Anti-HCV total – отрицательный

Anti-HDV IgM – отрицательный

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – **положительный**

Anti-HAV IgG – **положительный**

Anti-HEV IgM – отрицательный

HBsAg – **положительный**

HBeAg - отрицательный

Anti-HBc IgM - отрицательный

Anti-HCV total – отрицательный

Anti-HDV IgM – отрицательный

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HAV IgG – **положительный**

Anti-HEV IgM -отрицательный

HBsAg – отрицательный

HBeAg - отрицательный

Anti-HBc IgM - отрицательный

Anti-HCV total – отрицательный

Anti-HDV IgM – отрицательный

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HAV IgG – **положительный**

Anti-HEV IgM - отрицательный

HBsAg – **положительный**

HBeAg - **положительный**

Anti-HBc IgM - **положительный**

Anti-HCV total – отрицательный

Anti-HDV IgM – **положительный**

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HAV IgG – **положительный**

Anti-HEV IgM – отрицательный

HBsAg – **положительный**

HBeAg – **положительный**

Anti-HBc IgM – **положительный**

Anti-HCV total – отрицательный

Anti-HDV IgG – отрицательный

Anti-HDV IgM – **положительный**

Копрограмма

Консистенция – кашецеобразная

Форма – не оформленный

Цвет – зеленый

Слизь – имеется

Кровь – прожилки

Слизь - +++

Бактерии - +

Лейкоциты – 25–30 в п/з

Эритроциты – 30–35 в п/з

Простейшие – не обнаружены

Яйца глистов – не обнаружены

Посев кала Sh. Flexneri 2a

Копрограмма

Консистенция – жидкая

Форма – не оформленный

Цвет – коричневый

Слизь – имеется

Крахмал - ++

Слизь - +++

Лейкоциты – 19–22 в п/з

Эритроциты – 2–4 в п/з

Простейшие – не обнаружены

Яйца глистов – не обнаружены

Посев кала E.coli O25:K11

Копрограмма

Консистенция – жидкая

Форма – не оформленный

Цвет – коричневый

Слизь – имеется

Кровь – прожилки

Слизь - ++++

Бактерии - ++

Лейкоциты – сплошь

Эритроциты – большое количество

Макрофаги - ++

Простейшие – не обнаружены

Яйца глистов – не обнаружены

Копрограмма

Консистенция – жидкая

Форма – не оформленный

Цвет – коричневый

Слизь – имеется

Крахмал - ++

Слизь - +++

Лейкоциты – 25–35 в п/з

Эритроциты – 2-4-8 в п/з

Простейшие – не обнаружены

Яйца глистов – яйца аскарид

Копрограмма

Консистенция - кашецеобразная

Форма – не оформлен

Цвет – желтый

Слизь - имеется

Жир нейтральный +

Жирные кислоты +

Растительная клетчатка, переваренная +, не переваренная +

Крахмал +

Йодофильная флора ++

Слизь ++

Лейкоциты – 25–70–33 в п/з

Эритроциты – 2–3 в п/з

Простейшие - не обнаружены

Яйца глистов - не обнаружены

Дрожжевые грибы ++

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – серый

Прозрачность – мутный

Цитоз – не поддается счету

Белок – 1,6 г/л

Р. Ноне-Аппельта - +++

Р. Панди - ++++

Сегментоядерные – 94%

Палочкоядерные – 1%

Лимфоциты – 5%

Сахар – 1,3 ммоль/л

Хлориды – 108 ммоль/л

Бактериологический анализ ликвора

Результат: клеток много, диплококки расположены внутриклеточно Гр (-) кокки

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – серый

Прозрачность – мутный

Цитоз – не поддается счету

Белок – 4,24 г/л

Р. Ноне-Аппельта - +++

Р. Панди - ++++

Сегментоядерные – 91%

Палочкоядерные – 5%

Лимфоциты – 4%

Сахар – 1,3 ммоль/л

Хлориды – 108,0 ммоль/л

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – серый

Прозрачность – мутный

Цитоз – не поддается счету

Белок – 2,64 г/л

Р. Нонне-Аппельта - +++

Р. Панди - ++++

Сегментоядерные – 91% Палочкоядерные – 5%

Лимфоциты – 4%

Встречаются эритроциты

Сахар – 1,59 ммоль/л

Хлориды – 98,0 ммоль/л

Бактериологический анализ ликвора

Vinax NOW (*Streptococcus pneumonia*) – положительная

Латексагглютинация (*Streptococcus pneumonia*) – положительная

Анализ мочи

Количество – 50,0 мл

Относительная плотность – 1025

Цвет – с/желтый

Прозрачность – не полная

Реакция – с/кислая

Белок – следы

Глюкоза – отрицательная

Кетоновые тела – отрицательные

Эпителий плоский – 4-6 в п/з

Переходный – 1-2 в п/з

Почечный – 3-4 в п/з Лейкоциты – 4-5-7-8 в п/з

Эритроциты не измененные – 0-1 в п/з

Слизь - +

Соли – моч.кислоты +

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – бесцветный

Прозрачность – полная

Цитоз – 235

Белок – 0,79 г/л

Р. Нонне-Аппельта - ++

Р. Панди - ++

Сегментоядерные – 40% Лимфоциты – 60%

Сахар – 2,59 ммоль/л

Хлориды – 118,0 ммоль/л

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – бесцветный
Прозрачность – полная
Цитоз – 149
Белок – 1,07 г/л
Р. Ноне-Аппельта - ++
Р. Панди - +++
Сегментоядерные –3%
Лимфоциты –97%
Сахар – 2,3 ммоль/л
Хлориды – 114,0 ммоль/л

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – серый
Прозрачность – мутный
Цитоз – не поддается счету
Белок – 3,1 г/л
Р. Ноне-Аппельта - +++
Р. Панди - ++++
Сегментоядерные – 76%
Палочкоядерные –4%
Лимфоциты –20%
Сахар – 1,2 ммоль/л
Хлориды – 109,0 ммоль/л

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – бесцветный
Прозрачность – полная
Цитоз – 2
Белок – 0,006 г/л
Р. Ноне-Аппельта - отр
Р. Панди-отр
Сегментоядерные –0%
Палочкоядерные – 0%
Лимфоциты –100%
Сахар – 3,1ммоль/л
Хлориды – 114,0 ммоль/л

БЛОК D

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие виды шигелл наиболее часто вызывают заболевание у человека?
2. Каков основной механизм передачи возбудителя дизентерии?
3. Какие патогенетические механизмы лежат в основе развития диарейного синдрома при шигеллёзе?
4. Назовите типичные клинические проявления шигеллёза.
5. Какие лабораторные методы применяются для подтверждения диагноза дизентерии?
6. В каких случаях больному с дизентерией показана госпитализация?
7. Какие осложнения характерны для тяжёлого течения шигеллёза?
8. Каковы принципы антибактериальной терапии при дизентерии?
9. Какие основные меры профилактики распространения шигеллёза?
10. В чём особенности течения дизентерии у детей раннего возраста?
11. Какие серовары *Salmonella* наиболее часто вызывают гастроэнтерит у человека?
12. Каковы основные пути заражения сальмонеллёзом?
13. Как развивается токсико-инфекционный процесс в организме при сальмонеллёзе?
14. Какие клинические формы сальмонеллёзу выделяют?
15. Какая форма заболевания может приводить к бактериемии и сепсису?
16. Какие лабораторные методы используются для диагностики сальмонеллёза?
17. В каких ситуациях показано назначение антибиотиков больным сальмонеллёзом?
18. Какие признаки обезвоживания характерны для тяжёлых форм сальмонеллёза?
19. Какие меры профилактики заболевания на уровне пищевых предприятий?
20. Каковы особенности течения сальмонеллёза у иммунокомпрометированных пациентов?
21. Что понимают под термином «пищевая токсикоинфекция»?
22. Какие микроорганизмы наиболее часто вызывают ПТИ?
23. Какие условия способствуют размножению возбудителей в пищевых продуктах?
24. Каковы основные симптомы ПТИ у взрослых?
25. Чем патогенез ПТИ отличается от инфекционных гастроэнтеритов?
26. Какие методы применяются для лабораторной диагностики ПТИ?
27. Как проводится регидратационная терапия при ПТИ?
28. В каких случаях требуется госпитализация пациентов с ПТИ?
29. Какие мероприятия проводятся для предотвращения групповых вспышек ПТИ?
30. Какие продукты наиболее часто становятся фактором передачи при стафилококковых ПТИ?
31. Какие типы ботулотоксина наиболее опасны для человека?
32. Как происходит заражение пищевым ботулизмом?
33. Каков механизм действия ботулотоксина на нервную систему?
34. Каковы ранние клинические проявления ботулизма?
35. Какие симптомы свидетельствуют о развитии дыхательной недостаточности при ботулизме?
36. Какие лабораторные методы используются для подтверждения диагноза ботулизма?
37. Каковы основные принципы лечения ботулизма?
38. В каких случаях показано введение антитоксической сыворотки?
39. Какие профилактические меры предотвращают пищевой ботулизм?

40. Какие группы продуктов наиболее часто являются источником ботулизма?
41. Каков основной механизм передачи вируса гепатита В?
42. Какие антигены вируса гепатита В являются диагностически значимыми?
43. Что означает появление HBsAg в крови пациента?
44. Какие маркеры указывают на острый гепатит В?
45. Какие маркеры свидетельствуют о формировании иммунитета после вакцинации?
46. Какие осложнения могут развиваться при хроническом гепатите В?
47. Каков инкубационный период гепатита В?
48. Какие группы населения относятся к высокому риску заражения HBV?
49. Какие препараты применяются для лечения хронического гепатита В?
50. Каким образом проводится специфическая профилактика гепатита В?
51. Каков основной путь передачи вируса гепатита С?
52. Почему гепатит С часто приобретает хроническое течение?
53. Какие внепечёночные проявления характерны для HCV-инфекции?
54. Что означает обнаружение анти-HCV?
55. Как подтверждается активная репликация HCV?
56. Какие группы риска по заражению HCV существуют?
57. Какие препараты являются основой терапии гепатита С?
58. Какие исходы характерны для хронического гепатита С?
59. Существует ли вакцина против HCV?
60. Каков инкубационный период гепатита С?
61. Что является обязательным условием для существования вируса гепатита D?
62. Чем отличается коинфекция от суперинфекции HDV?
63. Какие пути передачи характерны для HDV?
64. Каков инкубационный период гепатита D?
65. Какие маркеры используются для диагностики HDV?
66. Как проявляется суперинфекция HDV у больных хроническим HBV?
67. Какие осложнения наиболее характерны для гепатита D?
68. Какие группы риска характерны для HDV-инфекции?
69. Какая профилактика эффективна против HDV?
70. Какие методы применяют для подтверждения активной репликации HDV?
71. Какие типы вируса гриппа поражают человека?
72. В чём заключается механизм антигенного дрейфа и шифта?
73. Каков инкубационный период гриппа?
74. Какие симптомы наиболее характерны для гриппа?
75. Какие осложнения чаще всего развиваются после гриппа?
76. Как проводится экспресс-диагностика гриппа?
77. Какие лабораторные признаки характерны для тяжелых форм гриппа?
78. Какие группы риска подлежат вакцинации в первую очередь?
79. Какие препараты применяются для этиотропной терапии гриппа?
80. Какие меры неспецифической профилактики гриппа существуют?
81. Каким вирусом вызывается парагрипп?
82. Каков механизм передачи парагриппа?
83. Каков инкубационный период парагриппа?
84. Какие симптомы наиболее характерны для парагриппа?

85. Какие осложнения развиваются у детей при парагриппе?
86. Как диагностируется парагрипп в лабораторных условиях?
87. Чем отличается клиника парагриппа от гриппа?
88. Какие группы наиболее подвержены тяжелому течению парагриппа?
89. Как проводится лечение парагриппа?
90. Какие органы преимущественно поражают аденовирусы?
91. Каков инкубационный период аденовирусной инфекции?
92. Какие симптомы наиболее характерны для аденовирусного фарингоконъюнктивита?
93. Как проводится лабораторная диагностика аденовирусной инфекции?
94. Какие варианты клинических форм аденовирусной инфекции встречаются у детей, какие возможны осложнения?
95. Каков основной путь передачи аденовирусов?
96. Существуют ли специфические препараты против аденовирусов?
97. Какие меры профилактики аденовирусной инфекции применяются в детских коллективах?
98. Какие формы аденовирусной инфекции протекают наиболее тяжело?
99. Каков основной путь передачи респираторно-синцитиального вируса (РСВ)?
100. Какие группы особенно уязвимы к тяжелым формам РС-инфекции?
101. Каков инкубационный период РС-инфекции?
102. Какие симптомы наиболее характерны для РС-инфекции?
103. Чем опасна РС-инфекция у младенцев?
104. Как проводится диагностика РС-инфекции?
105. Какие методы применяются для лечения тяжелых форм РС-инфекции?
106. Существуют ли специфические препараты или антитела для профилактики РС-инфекции?
107. Какие осложнения РС-инфекции возможны?
108. Какие меры неспецифической профилактики РС-инфекции эффективны?
109. Характеристики возбудителя коклюша?
110. Как передаётся коклюш?
111. Каковы стадии заболевания при коклюше?
112. Какие симптомы наиболее характерны для пароксизмальной стадии коклюша?
113. Каков инкубационный период при коклюше?
114. Какие методы применяются для лабораторной диагностики коклюша?
115. Какие осложнения коклюша встречаются у младенцев?
116. Какие препараты применяются для лечения коклюша?
117. Какие вакцины доступны для специфической профилактики коклюша?
118. Какие меры предотвращают распространение коклюша?
119. Что является возбудителем кори?
120. Каков механизм передачи кори?
121. Каков инкубационный период при кори?
122. Какие выделяют стадии заболевания при кори?
123. Какие симптомы продромального периода наиболее характерны для кори?
124. Какие осложнения кори наиболее опасны?
125. Что такое пятна Филатова–Коплика?
126. Как проводится лабораторная диагностика кори?
127. Каков график вакцинации против кори?
128. Какие меры принимают при контактировании с больным корью?

129. Каков механизм передачи краснухи?
130. Какие особенности клинической картины краснухи?
131. Какую опасность краснуха представляет для беременных?
132. Как диагностируется краснуха в лабораторных условиях?
133. Каков инкубационный период краснухи?
134. Какие осложнения развиваются при краснухе?
135. Каков график вакцинации краснухи?
136. Что такое врожденная краснуха?
137. Какие меры принимаются при выявлении больного краснухой в коллективе?
138. Существуют ли специфические препараты для лечения краснухи?
139. Характеристики возбудителя рожи?
140. Какие пути проникновения возбудителя рожи в организм?
141. Каковы формы рожи?
142. Какие симптомы типичны для типичной формы рожи?
143. Какие осложнения рожи возможны?
144. Как проводится лабораторная диагностика рожи?
145. Какие препараты являются основой лечения рожи?
146. Каков риск рецидивирования рожи?
147. Какие группы наиболее подвержены рожистому воспалению?
148. Какие меры профилактики рецидивов рожи используются?
149. Каков возбудитель скарлатины?
150. Какие пути передачи характерны для скарлатины?
151. Каков инкубационный период при скарлатине?
152. Что такое "малиновый язык"?
153. Какие проявления характерны для экзантемы при скарлатине?
154. Какие осложнения скарлатины встречаются?
155. Как проводится лабораторная диагностика скарлатины?
156. Какие препараты применяются для лечения скарлатины?
157. Какие группы наиболее подвержены заболеванию скарлатиной?
158. Какие меры профилактики скарлатины используются?
159. Характеристики возбудителя ветряной оспы?
160. Каков механизм передачи ветряной оспы?
161. Каков инкубационный период при ветряной оспе?
162. Какие стадии высыпаний характерны для ветряной оспы?
163. Какие осложнения ветряной оспы возможны?
164. Как проводится лабораторная диагностика ветряной оспы?
165. Какие препараты применяются при тяжелых формах ветряной оспы?
166. Какая вакцина применяется для профилактики ветряной оспы?
167. Какие меры изоляции больного ветряной оспой необходимы?
168. Может ли возникнуть повторное заболевание ветряной оспой?
169. Что является возбудителем опоясывающего герпеса?
170. Какие факторы способствуют реактивации Зостер-вируса?
171. Каков инкубационный период после первичного заражения Зостер-вирусом?
172. Какие симптомы наиболее характерны для опоясывающего герпеса?
173. Что такое постгерпетическая невралгия?

174. Какие методы диагностики опоясывающего герпеса используются?
175. Какие препараты применяются для лечения Зостер-инфекции?
176. Какие группы риска по заболеваемости Зостер-инфекцией существуют?
177. Какова роль вакцинации при Зостер-инфекции?
178. Возможна ли передача вируса от больного опоясывающим герпесом?
179. Каков механизм передачи Эпштейн-Барр вируса (EBV)?
180. Какие клетки являются мишенью EBV?
181. Какие симптомы характерны для инфекционного мононуклеоза?
182. Какие лабораторные признаки наиболее типичны для EBV-инфекции?
183. Как диагностируется EBV-инфекция?
184. Какие осложнения EBV-инфекции возможны?
185. Какова роль EBV в развитии опухолей?
186. Какие методы лечения EBV-инфекции применяются?
187. Каков инкубационный период EBV-инфекции?
188. Какие меры профилактики EBV-инфекции существуют?
189. Характеристика возбудителя дифтерии?
190. Каков механизм передачи дифтерии?
191. Какие формы дифтерии различают?
192. Что является характерным признаком поражения ротоглотки при дифтерии?
193. Каковы эффекты дифтерийного токсина?
194. Какие осложнения дифтерии наиболее опасны?
195. Как проводится диагностика дифтерии?
196. Какова роль анатоксина и антитоксической сыворотки при лечении дифтерии?
197. Какие антибиотики применяются для лечения дифтерии?
198. Какие меры профилактики дифтерии используются?
199. Каков возбудитель эпидемического паротита?
200. Каков механизм передачи паротита?
201. Каков инкубационный период при паротите?
202. Какие железы чаще всего поражаются при паротите?
203. Какие осложнения паротита могут развиваться у взрослых?
204. Как проводится лабораторная диагностика паротита?
205. Какие методы лечения паротита используются?
206. Каков график вакцинации паротита?
207. Какие меры предпринимаются при вспышке паротита?
208. Может ли паротитная инфекция вызывать поражение ЦНС?
209. Характеристика возбудитель менингококковой инфекции?
210. Как передаётся возбудитель менингококковой инфекции?
211. Какие клинические формы менингококковой инфекции выделяют?
212. Что является типичным симптомом менингита?
213. Какие признаки характерны для менингококкового сепсиса?
214. Как проводится диагностика менингококковой инфекции?
215. Какие антибиотики являются препаратами выбора при менингококковой инфекции?
216. Какие вакцины используются для профилактики менингококковой инфекции?
217. Какие меры предпринимают при выявлении больного менингококковой инфекцией?
218. Каков возбудитель туберкулёза (ТБ) и какие его основные биологические свойства?

219. Какие виды микобактерий наиболее значимы в патологии человека?
220. Каков основной механизм передачи ТБ?
221. Какие группы населения относятся к повышенному риску заражения ТБ?
222. Каково значение больных ТБ с бактериовыделением в эпидемиологии заболевания?
223. Что такое первичная туберкулёзная инфекция?
224. Какие факторы определяют развитие заболевания после инфицирования микобактерией туберкулеза?
225. Каковы основные этапы патогенеза туберкулёзной инфекции?
226. Как формируется первичный аффект при ТБ и что его характеризует?
227. Каковы механизмы развития специфической гранулёмы при ТБ?
228. Что понимают под туберкулёзной интоксикацией у детей?
229. Какие клинические признаки характерны для туберкулёзной интоксикации?
230. Каков патогенез туберкулёзной интоксикации?
231. Какие изменения со стороны нервной системы наблюдаются при туберкулёзной интоксикации?
232. Какие лабораторные данные подтверждают наличие ТБ интоксикации?
233. Какие изменения выявляются при пробе Манту?
234. Какие методы обследования используются для исключения локальных форм ТБ?
235. Какие заболевания необходимо дифференцировать с туберкулёзной интоксикацией?
236. Каковы принципы лечения туберкулёзной интоксикации?
237. Какие меры профилактики ТБ имеют наибольшее значение?
238. Какие элементы входят в состав первичного туберкулёзного комплекса (ПТК)?
239. Каков механизм формирования первичного аффекта при ТБ?
240. Что характеризует лимфангит при ПТК?
241. Какие изменения наблюдаются в регионарных лимфатических узлах при ПТК?
242. Какие рентгенологические признаки характерны для ПТК?
243. Как проявляется ПТК у детей раннего возраста?
244. Какие методы используют для диагностики ПТК?
245. Какие возможны исходы первичного аффекта ТБ?
246. Какие осложнения чаще всего развиваются при ПТК?
247. Каковы основные принципы лечения ПТК?
248. Какие лимфатические узлы наиболее часто поражаются при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ)?
249. Какие формы ТВГЛУ выделяют?
250. Какие клинические признаки характерны для ТВГЛУ у детей?
251. Какие рентгенологические методы наиболее информативны при ТВГЛУ?
252. Как проявляется компрессионный синдром при туберкулёзном поражении лимфоузлов?
253. Каковы дифференциально-диагностические особенности ТВГЛУ?
254. Какие осложнения могут возникать при ТВГЛУ?
255. Какие лабораторные методы помогают подтвердить диагноз ТВГЛУ?
256. Каковы принципы терапии ТВГЛУ?
257. Какие критерии эффективности лечения ТВГЛУ используются в клинической практике?
258. Какие стадии включает течение первичной туберкулёзной инфекции?
259. Какие факторы влияют на тяжесть течения первичного туберкулёза?
260. Какие методы применяются для оценки активности туберкулёзного процесса?

261. Какие препараты являются основой лечения первичных форм туберкулёза?
262. Как формируется режим химиотерапии ТБ у детей?
263. Каковы принципы ведения пациентов с осложнёнными формами ТБ?
264. Какие методы применяются для оценки эффективности лечения ТБ?
265. Как проводится профилактическое лечение контактных ТБ?
266. Какие возможны особенности течения ТБ у детей раннего возраста?
267. Какие критерии завершения основного курса терапии ТБ существуют?
268. Какие осложнения наиболее характерны для первичного туберкулёза у детей?
269. Что такое туберкулёзный плеврит и как он развивается?
270. Как формируется ателектаз вследствие туберкулёзного поражения лимфоузлов?
271. Какие причины приводят к развитию бронхообструктивного синдрома при ТБ?
272. Что характеризует бронхоаденальные свищи при ТБ?
273. Какие признаки свидетельствуют о казеозной пневмонии?
274. Как диагностировать генерализацию первичного процесса при ТБ?
275. Какие методы лечения ТБ применяются при осложнённых формах?
276. Каковы возможные последствия отказа от лечения ТБ?
277. Какие меры профилактики осложнений ТБ существуют?
278. Какие механизмы лежат в основе гематогенной и лимфогенной диссеминации при ТБ?
279. В чем клинико-рентгенологические отличия острого и подострого диссеминированного ТБ?
280. Какие симптомы характерны для острого диссеминированного ТБ легких?
281. Каковы особенности течения хронического диссеминированного туберкулеза?
282. Какие изменения типично выявляются при КТ грудной клетки при диссеминации ТБ?
283. Каковы критерии активности процесса в различных фазах диссеминированного туберкулеза?
284. Какие осложнения наиболее характерны для хронической диссеминации ТБ?
285. Каковы особенности диагностики диссеминированного ТБ в условиях иммунодефицита?
286. Каковы принципы лечения диссеминированных форм туберкулеза?
287. В чем заключается дифференциальная диагностика с саркоидозом и пневмониями иной этиологии?
288. Каковы причины развития милиарного туберкулеза?
289. Какие патоморфологические особенности характерны для милиарного ТБ?
290. Как клинически проявляется острый милиарный туберкулез?
291. Какие рентгенологические признаки типичны для милиарного туберкулеза?
292. Какова роль КТ высокой четкости в диагностике милиарного туберкулеза?
293. Какие лабораторные изменения чаще наблюдаются при милиарном ТБ?
294. Какие осложнения характерны для милиарного туберкулеза?
295. Как проводится дифференциальная диагностика милиарного ТБ с микозами легких?
296. Каковы особенности лечения милиарного туберкулеза?
297. Каков прогноз заболевания ТБ при своевременном и несвоевременном лечении?
298. Какие механизмы реактивации инфекции лежат в основе вторичного туберкулеза?
299. Какие отделы легких поражаются преимущественно при вторичном туберкулезе?
300. Какие клинические проявления наиболее типичны?
301. Чем патогенетически вторичный туберкулез отличается от первичного?
302. Какие рентгенологические признаки характерны для вторичного ТБ процесса?

303. Каковы особенности бактериовыделения при вторичном туберкулезе?
304. Какие осложнения наиболее часты во вторичном периоде?
305. Какие методы диагностики вторичного ТБ наиболее информативны?
306. В чем заключаются основные подходы к лечению вторичного туберкулеза?
307. Какие факторы ассоциированы с хронизацией вторичного ТБ процесса?
308. Каковы особенности патогенеза очагового туберкулеза?
309. Как выглядит типичное очаговое поражение при очаговом ТБ на рентгенограмме?
310. Какие жалобы наиболее характерны при очаговой форме ТБ?
311. Каковы критерии активности очагового туберкулеза?
312. Какую роль играет туберкулиновая чувствительность в диагностике?
313. Какие лабораторные методы подтверждают очаговую форму ТБ?
314. Каковы принципы лечения очагового туберкулеза?
315. Каков прогноз при своевременной терапии очагового ТБ?
316. Какие патогенетические механизмы приводят к формированию туберкуломы?
317. Каковы морфологические особенности туберкуломы?
318. Какие рентгенологические признаки типичны для туберкуломы?
319. Какие размеры и формы туберкулом различают?
320. Каковы симптомы при наличии туберкуломы?
321. Какие методы помогают отличить туберкулому от опухолевых процессов?
322. Какова вероятность прогрессирования и распада туберкуломы?
323. Какие показания существуют для хирургического лечения?
324. Каков стандарт химиотерапии при туберкуломе?
325. Каковы возможные осложнения после оперативного лечения туберкуломы?
326. Каковы причины развития казеозной пневмонии?
327. В чем заключается патогенез массивного казеозного некроза?
328. Какие клинические проявления характерны для казеозной пневмонии?
329. Какие рентгенологические признаки позволяют заподозрить казеозную пневмонию?
330. Какие лабораторные показатели свидетельствуют об активности процесса?
331. В чем заключается отличие казеозной пневмонии от крупозной?
332. Какие осложнения казеозной пневмонии наиболее часты?
333. Каковы принципы интенсивной терапии и химиотерапии при казеозной пневмонии?
334. Когда возникает необходимость хирургического вмешательства при казеозной пневмонии?
335. Каков прогноз при казеозной пневмонии?
336. Какова роль бактериологического подтверждения в диагностике инфильтративного ТБ?
337. Какие симптомы наиболее типичны при инфильтративной форме ТБ?
338. Какие осложнения инфильтративной формы ТБ встречаются наиболее часто?
339. Как проводится дифференциальная диагностика инфильтративной формы ТБ с пневмонией?
340. Каковы принципы лечения инфильтративного туберкулеза?
341. Каковы критерии излеченности от инфильтративного ТБ?
342. Какие органы наиболее часто поражаются при внелегочном туберкулезе?
343. Каковы особенности патогенеза внелегочных форм?
344. Какие клинические симптомы характерны для туберкулеза лимфатических узлов?
345. Как проявляется туберкулез костей и суставов?

346. Какие признаки характерны для туберкулезного менингита?
347. Каковы особенности диагностики туберкулеза мочеполовой системы?
348. Какие методы визуализации наиболее информативны при внелегочных формах ТБ?
349. Как проводится дифференциальная диагностика внелегочных форм ТБ с опухолями и аутоиммунными заболеваниями?
350. Каковы принципы лечения внелегочных форм туберкулеза?
351. Какие осложнения внелегочных форм туберкулеза могут возникнуть при запоздалой диагностике?
352. Какие основные методы применяются для выявления туберкулезной инфекции у детей и взрослых?
353. В чем разница между скрининговыми и диагностическими методами выявления туберкулеза?
354. Какие рентгенологические признаки являются типичными для активного ТБ легких?
355. Каковы особенности бактериологической диагностики (микроскопия, посев, ПЦР) при ТБ?
356. Какие критерии используются для оценки бактериовыделения у больных туберкулезом?
357. Как определяется лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза?
358. Каковы основные принципы лечения туберкулеза чувствительных форм?
359. Какие факторы влияют на длительность и эффективность лечения туберкулеза?
360. Какие мероприятия относятся к специфической профилактике туберкулеза?
361. Какие меры неспецифической профилактики наиболее эффективны в условиях повышенного риска заражения?
362. Каковы основные принципы химиотерапии туберкулеза?
363. Какие группы противотуберкулезных препаратов входят в стандартные схемы лечения?
364. Какие задачи решает интенсивная фаза химиотерапии?
365. Для чего необходима поддерживающая фаза лечения, и каковы ее особенности?
366. Что такое категория лечения и как она определяется в программе DOTS?
367. Какие компоненты включает стратегия DOTS (Directly Observed Treatment Strategy)?
368. Какова роль прямого контролируемого приема лекарств в повышении эффективности лечения ТБ?
369. Какие особенности лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ)?
370. Что включает стратегия DOTS-Plus, и чем она отличается от стандартной DOTS?
371. Какие методы мониторинга применяются для оценки эффективности химиотерапии при стандартных и резистентных формах туберкулеза?

