

ФОНД

оценочных средств

По дисциплине «Инфекционные болезни»

Уровень высшего образования

СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки

31.05.01. – РФ, 560001 – КР лечебное дело
(код и наименование направления подготовки)

Квалификация

Врач-лечебник

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-7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	<p>Знать: Методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях. Группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний; механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах</p>	<p>Блок А, D: — тестовые задания; — устный опрос</p>
	<p>Уметь: Разрабатывать план лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. Пользоваться клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и(или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения</p>	<p>Блок В: — решение ситуационных задач;</p>
	<p>Владеть: Опытом разработки плана лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Навыками оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме пациентам с наиболее распространенными заболеваниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; подбора и назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий с наиболее распространенными заболеваниями для лечения наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов.</p>	<p>Блок В, С: — решение ситуационных задач; — интерпретация анализов.</p>

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств / шифр раздела в данном документе
ПК-4: 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 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 инфекционных 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 установление факта наличия, или отсутствия стоматологического заболевания, принципами врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами.	Блок В, С: — решение ситуационных задач; — интерпретация анализов.
ПК-5: Способен к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	Знать: Основные методы исследований патологических состояний, симптомов и синдромов различных нозологических форм. Специфику выявления различных видов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ-10. Основные синдромы поражения органов и систем и их специфику при различных нозологических формах в соответствии с МКБ-10	Блок А, D: — тестовые задания; — устный опрос
	Уметь: Интерпретировать полученные результаты исследования различных нозологических форм. Анализировать различные виды патологических состояний, симптомов, синдромов при различных нозологических формах в соответствии с МКБ-10. Дифференцировать симптомы и синдромы при схожих патологических состояниях.	Блок В: — решение ситуационных задач;
	Владеть: Методами общеклинического обследования (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Навыками выявления различных симптомов, синдромов и патологических состояний при различных нозологических формах в соответствии с МКБ-10. Навыками обоснования клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.	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-7: Способен к определению тактики ведения больных с различными нозологическими формами	Знать: Специфику сбора анамнеза больного инфекционной патологией. Основные клинические проявления нозологических форм инфекционной патологии. Основные принципы лечения и реабилитации при инфекционной патологии.	Блок А, D: — тестовые задания; — устный опрос
	Уметь: Собрать анамнез и составить план лабораторно-инструментального обследования. Интерпретировать результаты обследования инфекционного больного. Разработать план лечения и реабилитации инфекционного больного.	Блок В: — решение ситуационных задач;
	Владеть: Методами физикального обследования (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) инфекционного больного. Навыком обоснования клинического диагноза инфекционного больного. Навыками этиотропной, патогенетической и специфической терапии при инфекционной патологии.	Блок В, С: — решение ситуационных задач; — интерпретация анализов.
ПК-8: Готов к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Знать: Структуру инфекционной службы, принципы устройства, организацию работы инфекционных больниц, отделений, боксов. Основные вопросы патогенеза и клинических проявлений (симптомы, синдромы) инфекционных болезней. Основные принципы лечения и реабилитации при инфекционной патологии.	Блок А, D: — тестовые задания; — устный опрос
	Уметь: Оценить тяжесть течения инфекционной патологии. Прогнозировать течение и исход инфекционной болезни. Диагностировать неотложные состояния у больного инфекционной патологией, а также определять дальнейшую медицинскую тактику при угрожающих состояниях. Формулировать диагноз в соответствии с требованиями МКБ.	Блок В: — решение ситуационных задач;
	Владеть: Навыками оказания комплекса лечебных и профилактических мероприятий на до- и госпитальном этапах. Навыком оказания неотложной (экстренной) и первой врачебной помощи при инфекционной патологии. Методами обследования больного инфекционной патологией (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультации).	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-11: Готов к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Знать: Виды неотложной помощи в клинике инфекционных болезней. Алгоритм оказания неотложной помощи в клинике инфекционных болезней. Особенности лечения неотложных состояний при инфекционной патологии.	Блок А, D: — тестовые задания; — устный опрос
	Уметь: Определять тактику неотложной помощи при инфекционной патологии. Использовать алгоритм оказания неотложной помощи при инфекционной патологии. Определить лечение неотложных состояний в терапии инфекционных болезней.	Блок В: — решение ситуационных задач;
	Владеть: Навыками оказания неотложной помощи при инфекционной патологии.	Блок В, С: — решение ситуационных задач; — интерпретация анализов.
ПК-14: Способен к ведению медицинской документации	Знать: Перечень учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях. Характеристику учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях инфекционного профиля. Нормативную документацию, принятую в здравоохранении, а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций.	Блок А, D: — тестовые задания; — устный опрос
	Уметь: Ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях. Оформлять медицинскую документацию согласно нормативным актам. Вести медицинскую документацию различного характера в медицинских организациях.	Блок В: — решение ситуационных задач;
	Владеть: Навыками работы с учётно-отчётной документацией различного характера в лечебных учреждениях. Навыками сравнительной характеристики медицинской документацией различного характера в лечебных учреждениях. Методами ведения медицинской документации различного характера в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.	Блок В, С: — решение ситуационных задач; — интерпретация анализов.

2. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ

Курс 5, семестр 9, ЗЕ-4, отчетность — зачет

<i>Название модулей дисциплины согласно РПД</i>	<i>Контроль</i>	<i>Форма контроля</i>	<i>Зачетный min (баллы)</i>	<i>Зачетный max (баллы)</i>	<i>График контроля</i>
Модуль 1					
<i>Острые кишечные инфекции</i>	текущий	Опрос; Курация больного; СРС: (Доклад с презентацией); Посещаемость: <i>(за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл).</i>	5	9	3 неделя
	рубежный	Контрольная работа	5	9	
Модуль 2					
<i>Вирусные гепатиты</i>	текущий	Опрос; Курация больного; СРС: (Доклад с презентацией); Посещаемость: <i>(за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл).</i>	5	9	5 неделя
	рубежный	Контрольная работа	5	9	
Модуль 3					
<i>Трансмиссивные инфекции</i>	текущий	Опрос; Курация больного; СРС: (Доклад с презентацией); Посещаемость: <i>(за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл).</i>	5	9	7 неделя
	рубежный	Контрольная работа	5	9	
<i>Особо опасные инфекции</i>	текущий	Опрос; Курация больного; СРС: (Доклад с презентацией); Посещаемость: <i>(за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл).</i>	5	9	8 неделя
	рубежный	Контрольная работа	5	9	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (зачет)	Тестирование; Ситуационная задача; Интерпретация лабораторных анализов		20	30	8 неделя
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Курс 5, семестр 10, ЗЕ-5, отчетность — экзамен

<i>Название модулей дисциплины согласно РПД</i>	<i>Контроль</i>	<i>Форма контроля</i>	<i>Зачетный min (баллы)</i>	<i>Зачетный max (баллы)</i>	<i>График контроля</i>
Модуль 1					
<i>Нейроинфекции</i>	текущий	Опрос; Курация больного; СРС: (Доклад с презентацией); Посещаемость: <i>(за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл).</i>	4	7	2 неделя
	рубежный	Контрольная работа	4	7	
Модуль 2					
<i>Респираторные инфекции</i>	текущий	Опрос; Курация больного; СРС: (Доклад с презентацией); Посещаемость: <i>(за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл).</i>	4	7	4 неделя
	рубежный	Контрольная работа	4	7	
Модуль 3					
<i>Экзантемные инфекции</i>	текущий	Опрос; Курация больного; СРС: (Доклад с презентацией); Посещаемость: <i>(за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл).</i>	4	7	5 неделя
	рубежный	Контрольная работа	4	7	
<i>Инфекции с полиорганными поражениями</i>	текущий	Опрос; Курация больного; СРС: (Доклад с презентацией); Посещаемость: <i>(за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл).</i>	4	7	7 неделя
	рубежный	Контрольная работа	4	7	
<i>Гельминтозы</i>	текущий	Опрос; Курация больного; СРС: (Доклад с презентацией); Посещаемость: <i>(за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл).</i>	4	7	8 неделя
	рубежный	Контрольная работа	4	7	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (экзамен)	Тестирование; Ситуационная задача; Интерпретация лабораторных анализов		20	30	
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

Острые кишечные инфекции

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 полуптоза, 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;
- c) пищевой ботулизм;
- d) острое нарушение мозгового кровообращения;
- e) 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?

- a) I пары;
- b) II пары;
- c) III пары;
- d) IV пары;
- e) 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?

- a) III пары;
- b) IX пары;
- c) X пары;
- d) XI пары;
- e) XII пары.

#

8. Для специфической диагностики ботулизма применяют:

- a) бактериологическое исследование крови;
- b) копрологическое исследование;
- c) реакцию нейтрализации токсина на мышцах;
- d) исследование цереброспинальной жидкости;
- e) 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. 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. Введение какого из нижеперечисленных средств является обязательным в терапии больной?

- a) специфического бактериофага;
- b) антитоксической сыворотки;
- c) человеческого иммуноглобулина;
- d) антибактериальной сыворотки;
- e) противовирусной сыворотки.

#

10. В неотложные мероприятия по лечению ботулизма не входит:

- a) промывание желудка и кишечника;
- b) введение противоботулинической сыворотки;
- c) дезинтоксикационная терапия;
- d) дегидротационная терапия;
- e) оксигенотерапия.

#

11. Брюшной тиф вызывается только:

- a) сальмонеллой тифимуриум;
- b) сальмонеллой тифи абдоминале;
- c) сальмонеллой анатум;
- d) сальмонеллой энтеритидис;
- e) сальмонеллой панама.

#

12. Источником инфекции при брюшном тифе являются:

- a) плотоядные животные;
- b) травоядные животные;
- c) человек;
- d) насекомые;
- e) птицы.

#

13. Укажите сроки первичного появления сыпи при брюшном тифе:

- a) 1-3 день болезни;
- b) 4-7 день болезни;
- c) 8-10 день болезни;
- d) 11- 14 день болезни.
- e) 15-17 день болезни

#

14. Какая сыпь является наиболее характерной для брюшного тифа?

- a) петехиальная;
- b) пятнистая;
- c) везикулезная;
- d) розеолезная;
- e) пустулезная.

#

15. Для выявления скрытого кишечного кровотечения при брюшном тифе ставится реакция:

- a) Райта;
- b) Грегерсена;
- c) Кумбса;
- d) Хеддельсона;
- e) Видаля.

#

16. Больной К., 24 лет обратился в приемное отделение с жалобами на повышенную температуру в течение двух недель, головную боль, боли в животе, периодически жидкий стул. При осмотре констатирована бледность кожных покровов, на коже живота единичные элементы розеолезной сыпи, густо обложенный язык, гепатоспленомегалия, болезненность при пальпации живота в правой подвздошной области, там же притупление перкуторного звука, стул осмотрен - энтеритного характера. Из анамнеза – за неделю до болезни гостил у родственников на юге, часто купался в озере. Какой вероятный диагноз у данного больного?

- a) энтеровирусная инфекция;
- b) ротавирусная инфекция;
- c) брюшной тиф;
- d) сыпной тиф;
- e) псевдотуберкулез.

#

17. При подозрении на тифо-паратифозную группу заболеваний. Какое обследование из нижеперечисленного уточнит клинический диагноз?

- a) ОАК, ОАМ, копрограмма;
- b) Бактериологические посевы крови, мочи, кала;
- c) Исследование коагулограммы;
- d) Маркеры вирусных гепатитов;
- e) Биохимическое исследование крови.

#

18. При брюшном тифе характерна следующая картина крови:

- a) лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ;
- b) лейкопения, белая формула крови без сдвигов, ускоренная СОЭ;
- c) лейкопения, анэозинофилия, относительный лимфоцитоз, ускоренная СОЭ;
- d) лейкопения, относительный лимфоцитоз, СОЭ в норме;
- e) нормоцитоз, нейтрофилез, слегка ускоренная СОЭ.

#

19. При выписке реконвалесцентов тифо-паратифозных заболеваний необходимыми контрольными исследованиями являются:

- a) посев кала, мочи, желчи;
- b) посев крови, мочи, кала;
- c) реакция Видаля.
- d) ОАК, ОАМ, копрограмма
- e) реакция Грегерсена

#

20. Каких клинических проявлений брюшного тифа не бывает у детей до 3-х лет:

- a) гепатолиенального синдрома;
- b) гастро-энтероколитного синдрома;
- c) синдрома нейротоксикоза;
- d) осложнений (перфорация, кишечное кровотечение);
- e) бронхопульмонального синдрома;

#

21. 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*;

#

22. Укажите механизм передачи возбудителя при сальмонеллезе:

- a) воздушно-капельный;
- b) фекально-оральный;
- c) трансмиссивный;
- d) гемоконтактный
- e) вертикальный;

#

23. 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;
- e) тошнота, многократная рвота, режущие боли в эпигастрии, нормальная температура

#

24. Для сальмонеллеза характерен следующий вид испражнений:

- a) жидкий с примесью стекловидной слизи;
- b) жидкий, обильный, водянистый;
- c) жидкий, скудный в виде комочка слизи с прожилками крови;
- d) жидкий, обильный, с примесью гноя, крови, резким гнилостным запахом;

е) жидкий, с примесью алой крови.

#

25. Основой антибактериального лечения гастроинтестинальных форм сальмонеллеза является:

- а) бензилпенициллин;
- б) ципрофлоксацин;
- в) кларитромицин;
- г) рифампицин;
- е) меропенем.

#

26. Какие симптомы отличают генерализованную форму сальмонеллеза от локализованной?

- а) рвота;
- б) боли в животе;
- в) жидкий стул;
- г) гепатоспленомегалия;
- е) лихорадка;

#

27. Сальмонеллез отличается от холеры:

- а) гиповолемией;
- б) обильной диареей;
- в) симптомами олигоанурии.
- г) интоксикацией, гипертермией;
- е) развитием судорог

#

28. 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.

#

29. У мужчины 30 лет отмечается повышение температуры до 38,5, 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;
- б) общего анализа крови;
- в) серологического обследования;
- г) биохимического анализа крови;
- е) бактериологического посева кала;

#

30. У мужчины 30 лет отмечается повышение температуры до 38,5, 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;

#

31. Укажите процент потери массы тела декомпенсированного обезвоживания при холере?

- a) 1%
- b) 3%;
- c) 6%;
- d) 9%;
- e) 10% и более.

#

32. Препаратом выбора для патогенетической терапии больного холерой с III степенью обезвоживания является:

- a) регидрон;
- b) реополиглюкин;
- c) 5% р-р глюкозы;
- d) 0,9% раствор NaCl;
- e) «квартасоль».

#

33. Какое сочетание симптомов характерно для холеры?

- a) обильный водянистый стул без запаха, отсутствие интоксикации и болей в животе;
- b) тошнота, рвота, обильный водянистый стул, боли в животе, интоксикация;
- c) водянистый зловонный стул, боли вокруг пупка, многократная рвота;
- d) жидкий, зеленоватой окраски стул со слизью, диффузные боли в животе.
- e) скудный стул со слизью и кровью, боли схваткообразные, интоксикация;

#

34. Заболевание, начавшееся с появления обильного водянистого калового стула, который спустя несколько часов стал напоминать рисовый отвар без калового запаха, имеет наибольшее сходство с:

- a) дизентерией
- b) сальмонеллезом
- c) амебиазом
- d) балантидиазом
- e) холерой

#

35. Укажите патогенетический механизм развития диареи при холере:

- a) проникновение вибриона в энтероциты;

- b) слущивание эпителия слизистой оболочки тонкой кишки;
- c) поражение вегетативной иннервации тонкой кишки;
- d) воздействие токсинов на аденилатциклазную систему энтероцитов;
- e) попадание возбудителя в кровь;

#

36. Укажите антибиотик для лечения холеры, если отмечена аллергическая реакция на фторхинолоны:

- a) доксициклин;
- b) пенициллин;
- c) стрептомицин;
- d) цефтриаксон;
- e) ципрофлоксацин;

#

37. Сочетание стула типа «рисового отвара», адинамии, симптома «темных очков», олигурии, судорог мышц конечностей, субнормальной температуры тела и гипотонии характерны для:

- a) ротавирусной инфекции;
- b) сальмонеллеза;
- c) пищевой токсикоинфекции;
- d) холеры;
- e) атипичной формы дизентерии;

#

38. Сочетание стула типа «рисового отвара», адинамии, симптома «темных очков», олигурии, судорог мышц конечностей, субнормальной температуры тела и гипотонии соответствуют:

- a) обезвоживанию I ст;
- b) обезвоживанию II ст;
- c) обезвоживанию III ст;
- d) обезвоживанию IV ст;
- e) дегидратационному шоку;

#

39. Какой объем полиионных кристаллоидных растворов нужно ввести больному холерой с обезвоживанием II ст., если его вес до болезни был 70 кг?:

- a) 1,4 л;
- b) 2,1 л;
- c) 4,2 л;
- d) 4,9 л;
- e) 5,6 л;

#

40. Больной холерой находится в состоянии дегидратационного шока. Выберите препарат для оказания помощи:

- a) дексаметазон;
- b) адреналин;
- c) альбумин;
- d) хлосоль;

е) допамин;

#

41. Шигеллез относится к группе:

- а) энтеропатогенных кишечных инфекций;
- б) энтеротоксигенных кишечных инфекций;
- в) энтероинвазивных кишечных инфекций;
- г) персистирующей диареи;
- д) секреторной диареи.

#

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

- а) шигелла Флекснера;
- б) шигелла Зонне;
- в) шигелла Бойда;
- г) шигелла Григорьева-Шига;
- д) шигелла Ларджа-Сакса.

#

43. Шигеллезы протекают с преимущественным поражением:

- а) желудка;
- б) проксимального отдела тонкой кишки;
- в) дистального отдела тонкой кишки;
- г) проксимального отдела толстого кишечника;
- д) дистального отдела толстого кишечника.

#

44. Наиболее тяжелое осложнение при шигеллезе:

- а) выпадение прямой кишки;
- б) гипертермия;
- в) инфекционно-токсический шок;
- г) кахексия;
- д) судорожный синдром.

#

45. Типичная форма дизентерии отличается от атипичной формы дизентерии:

- а) более коротким инкубационным периодом;
- б) более острым началом;
- в) частыми симптомами гастроэнтерита;
- г) частыми симптомами гемоколита;
- д) преобладанием легкой и среднетяжелой форм.

#

46. Какое сочетание симптомов характерно для колитического варианта дизентерии?

- а) высокая температура, рвота, приступообразные боли в животе, вздутие;
- б) высокая температура, боли в левой подвздошной области, скудный стул с примесью слизи и крови;
- в) нормальная температура, боли в правой подвздошной области, жидкий стул с кровью;
- г) высокая температура, диффузные боли в животе, обильный водянистый стул;

- е) нормальная температура, боли в правой подвздошной области, жидкий стул типа «малинового желе»;

#

47. Мужчина 40 лет заболел остро с повышением температуры до 40 градусов, сопровождающейся ознобом, головной болью, резкой слабостью. Одновременно появились сильные боли в животе с мучительными тенезмами, стул более 20 раз в сутки типа «мясных помоев». Пальпируется спазмированная и болезненная сигмовидная кишка. Больному назначено лечение. Какой из ниже перечисленных препаратов является лишним?

- а) ципрофлоксацин;
- б) дротаверин;
- в) 0,9% NaCl в/в;
- г) поливитамины;
- д) этамзилат;

#

48. Мужчина 40 лет заболел остро с повышением температуры до 40 градусов, 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 ниже перечисленных препаратов необходимо назначить больному?

- а) пенициллин;
- б) линкамицин;
- в) ципрофлоксацин;
- г) рифампицин;
- д) амикацин;

#

49. Мужчина 40 лет заболел остро с повышением температуры до 40 градусов, 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?

- а) гастрит;
- б) гастроэнтерит;
- в) энтерит;
- г) энтероколит;
- д) колит;

#

50. Мужчина 40 лет заболел остро с повышением температуры до 40 градусов, 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;

Вирусные гепатиты

1. Ведущий лабораторный синдром при острых вирусных гепатитах:

- a) цитолиз
- b) холестаза
- c) мезенхимально-воспалительный
- d) ДВС-синдром
- e) жировая инфильтрация

#

2. Правильное утверждение в отношении вирусных гепатитов:

- a) вирус гепатита А обладает цитопатическим действием
- b) механизм повреждения гепатоцитов при гепатите С сходен с таковым при гепатите А
- c) генетический фактор не имеет существенного значения для течения и исхода ВГВ
- d) наиболее тяжелые формы ВГВ наблюдаются у лиц с ослабленной иммунной системой
- e) повреждение гепатоцитов при гепатите Д обусловлено аутоиммунными механизмами

#

3. Ситуация, характерная для заражения ВГА:

- a) стерильная пункция
- b) гемотрансфузия
- c) купание в открытом водоеме
- d) стоматологические манипуляции
- e) забор крови у доноров

#

4. При вирусном гепатите А:

- a) характерно отсутствие четкой сезонности
- b) заболеваемость нередко имеет групповой характер
- c) особенно часто болеют дети до 1 года
- d) преимущественно болеют лица пожилого возраста
- e) больные наиболее заразны в желтушном периоде.

#

5. Исходом гепатита А является:

- a) формирование вирусоносительства
- b) выздоровление
- c) развитие хронического гепатита
- d) развитие острой почечной недостаточности
- e) летальный исход

#

6. Маркером острого периода гепатита А является:

- a) Anti-HAV IgG
- b) Anti-HCV
- c) HBeAg
- d) Anti-HAV IgM
- e) Anti-HBs Ag

#

7. Наиболее информативным биохимическим тестом в преджелтушном периоде вирусного гепатита А является:

- a) общий билирубин
- b) белковые фракции крови
- c) ферменты АЛТ, АСТ
- d) щелочная фосфатаза
- e) холестерин.

#

8. При обследовании детей из очага вирусного гепатита, у 8-летнего ребенка при отсутствии клинических проявлений в крови выявлен: Anti-HAV IgM в высокой концентрации, АЛТ-420 Ед/л. Ваш диагноз?

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

#

9. Больная Р., 18 лет, поступила в больницу в связи с тем, что мать заметила у дочери желтуху. Никаких других симптомов болезни не отмечает. Самочувствие хорошее. Раньше желтухой не болела. Никаких парентеральных вмешательств в течение полугода не было. Отмечается легкая желтушность склер и кожи, печень у края реберной дуги, чувствительная при пальпации и перкуссии. Общий билирубин крови - 140 мкмоль/л, прямой билирубин - 105 мкмоль/л, АЛТ - 400 Ед/л, тимоловая проба -19 ед. Ваш диагноз?

- a) Вирусный гепатит А.
- b) Гемолитическая желтуха.
- c) Вирусный гепатит В.
- d) Атрезия желчевыводящих путей.
- e) Синдром Жильбера.

#

10. Наиболее характерный вариант преджелтушного периода вирусного гепатита А:

- a) гриппоподобный;
- b) астеновегетативный;
- c) диспепсический;
- d) артралгический;
- e) комбинированный.

#

11. Путь передачи вирусного гепатита E:

- a) от матери плоду;
- b) парентеральный;
- c) половой;
- d) через укус комаром;
- e) водный;

#

12. Для вирусного гепатита E характерно:

- a) тяжелое течение у пожилых;
- b) тяжелое течение у беременных женщин;
- c) длительное носительство вируса у детей;
- d) быстрое развитие цирроза печени;
- e) связь с гемотрансфузиями.

#

13. Машиной «скорой помощи» в приемное отделение инфекционной больницы доставлен больной М., 25 лет, на 6-ой день болезни с жалобами на головную боль, слабость, потерю аппетита, боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту, однократную рвоту и разжиженный стул. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы и склеры желтушные. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень выступает из-под нижнего края реберной дуги до 3,0 см, болезненная при пальпации, мягко-эластичной консистенции, край ровный. Моча темная. Из эпидемиологического анамнеза: больной отдыхал у родственников в Узбекистане, купался в арыке, пил сырую воду, ел фрукты. Ваш предполагаемый диагноз:

- a) Гепатит В
- b) Гепатит С
- c) Гепатит D
- d) Гепатит А
- e) Гепатит E

#

14. Маркером острого гепатита E является:

- a) Anti-HAV Ig M
- b) Anti-HCV Ig M
- c) HBeAg
- d) Anti-HEV IgM
- e) Anti-HBs Ag

#

15. 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.

#

16. При вирусных гепатитах:

- a) биохимические показатели позволяют дифференцировать этиологию гепатита;

- b) биохимические показатели в настоящее время утратили свое диагностическое значение;
- c) обнаружение HBs Ag - наиболее поздний серологический признак ВГВ;
- d) HBs Ag - наиболее важный маркер ВГЕ;
- e) обнаружение в крови маркеров позволяет верифицировать вид гепатита;

#

17. Диагностическим признаком развития острой печеночной недостаточности является:

- a) прогрессивное нарастание желтухи;
- b) протеинурия;
- c) изменение цвета мочи;
- d) энцефалопатия;
- e) увеличение размеров печени.

#

18. Клинические признаки прекомы при вирусных гепатитах:

- a) гепатомегалия, спленомегалия
- b) брадикардия, гипотония
- c) тахикардия, тремор кончиков пальцев
- d) увеличение печени, наличие сосудистых звездочек
- e) пальмарная эритема, венозный рисунок на боку живота.

#

19. Признаками цитолиза гепатоцитов при вирусных гепатитах являются:

- a) повышение билирубина и щелочной фосфатазы;
- b) повышение активности аминотрансфераз;
- c) повышение тимоловой и снижение сулемовой проб;
- d) повышение билирубина и глобулинов;
- e) повышение липопротеидов и холестерина.

#

20. Сроки диспансеризации реконвалесцентов после ВГА и ВГЕ:

- a) 1 мес.
- b) 3 мес.
- c) 6 мес.
- d) 12 мес.
- e) 24 мес;

#

21. 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;

#

22. 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

#

23. 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;

#

24. При вирусном гепатите В в крови не обнаруживается специфический маркер:

- a) HBs Ag;
- b) HBe Ag;
- c) HBc Ag;
- d) anti – HBs;
- e) anti – HBc IgM.

#

25. При вирусных гепатитах:

- a) HBs Ag – маркер острого периода гепатита В;
- b) серологическая диагностика имеет значение только для проведения противоэпидемических мероприятий;
- c) положительная ПЦР указывает на репликацию вируса;
- d) циркуляция в крови HBs Ag наблюдается только в ранние сроки;
- e) обнаружение иммунологических маркеров применяется только для обследования стационарных больных;
- f) стационарных больных;

#

26. Длительная циркуляция HBs Ag после перенесенного гепатита В является критерием:

- a) хронизации процесса;
- b) активной репликации вируса;
- c) развития цирроза печени;
- d) обострения процесса;
- e) усугубления тяжести заболевания;

#

27. 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;

#

28. На формирование хронического гепатита В, в желтушном периоде, указывает обнаружение:

- a) anti – HBcIg M;
- b) HBe Ag;
- c) HBcor Ag;
- d) anti – HBs;
- e) anti – HBe.

#

29. Правильное утверждение в отношении вирусных гепатитов:

- a) гепатитом А часто болеют дети до года;
- b) механизм повреждения гепатоцитов при гепатите В сходен с таковым при гепатите А;
- c) генетический фактор не имеет существенного значения для течения и исхода ВГС;
- d) наиболее легкие формы ВГВ наблюдаются у лиц с повышенной активностью иммунной системой;
- e) повреждение гепатоцитов при гепатите В обусловлены иммуноопосредованными процессами;

#

30. 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;

#

31. 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° С. 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;

#

32. Препаратом выбора в лечении хронического гепатита В является:

- a) гамма-глобулины;
- b) HBV-вакцина;
- c) поливалентная сыворотка;

- d) аналоги нуклеозидов;
- e) ацикловир.

#

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

- a) вызывается дефектным вирусом, для репликации которого необходим HBs Ag;
- b) при одновременном заражении вирусами В и Д развивается острый смешанный гепатит;
- c) инфицирование вирусом Д носителей HBs Ag не сопровождается клиническими проявлениями;
- d) инфицирование вирусом Д больных ХВГВ вызывает резкое обострение болезни;
- e) вакцинация против ВГВ предупреждает инфицирование ВГД;

#

34. 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.

#

35. Укажите неправильное утверждение в отношении ВГД:

- a) репликация вируса возможна при наличии HBsAg;
- b) часто маркеры ВГД выявляются у больных ХАГ и циррозом печени;
- c) при Ко-инфекции клинические проявления имеют двухфазное течение;
- d) в отличие от ВГВ при остром ВГД температура часто повышается во время желтушного периода выше 38⁰С;
- e) ко-инфекция ВГД имеет легкое течение с большей вероятностью хронизации.

#

36. Острый дельта-гепатит (суперинфекция) может развиться у:

- a) здоровых людей, не являющихся носителями HBsAg;
- b) больных хроническим гепатитом В
- c) больных гепатитом А
- d) больных гепатитом С
- e) больных гепатитом Е

#

37. 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°С. 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, непрямой - 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?

- a) Острый вирусный гепатит D, супер-инфекция;

- b) Острый Вирусный гепатит В, тяжелое течение;
- c) Острый вирусный гепатит D, ко-инфекция;
- d) Острый вирусный гепатит В, желтушная форма;
- e) Острый вирусный гепатит В, фульминантная форма;

#

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

- a) ацетилсалициловую кислоту;
- b) лимонную кислоту;
- c) арахидоновую кислоту;
- d) альмагель;
- e) урсодезоксихолевую кислоту;

#

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

- a) 2 месяцев;
- b) 3 месяцев.
- c) 6 месяцев;
- d) 12 месяцев;
- e) 24 месяцев;

#

40. 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;

#

41. 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.

#

42. 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.

#

43. 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

#

44. Укажите правильное утверждение в отношении вирусных гепатитов:

- a) при гепатите В характерно легкое течение;
- b) при вирусном гепатите В всегда имеется выраженный зуд;
- c) гриппоподобный синдром наиболее характерен для гепатита Е;
- d) при вирусном гепатите В часто наблюдаются артралгии;
- e) лихорадка наиболее характерна для вирусного гепатита С;

#

45. Больная 36 лет, находится на лечении в инфекционной больнице по поводу вирусного гепатита. Желтушный период продолжается 6 недель. Желтуха не нарастает, беспокоит зуд кожи уже 2 недели. Самочувствие удовлетворительное. Спит плохо из-за кожного зуда. Аппетит не изменен. Объективно: желтуха кожи и склер умеренная. На коже туловища следы расчесов. Пальпируется печень на 4,5 см ниже реберной дуги, край ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Кал светлый, моча темная. Биохимические показатели: билирубин общий – 260 мкмоль/л, связанный – 224 мкмоль/л, АЛТ – 400 Ед/л, холестерин – 8,8 Ммоль/л, щелочная фосфатаза – 400 Ед/л. В анализе мочи определяются желчные пигменты. Анализ крови без патологических отклонений. Укажите вероятный диагноз:

- a) тяжелая форма вирусного гепатита
- b) хронический гепатит
- c) холестатическая форма вирусного гепатита
- d) синдром Жильбера
- e) рак головки поджелудочной железы

#

46. Какое из перечисленных внепеченочных проявлений встречается при ХГС?

- a) сахарный диабет 1 типа;
- b) синдром Шегрена;
- c) бронхиальная астма;
- d) красный плоский лишай;
- e) лимфосаркома;

#

47. Маркером острого гепатита С является:

- a) Anti-HAV Ig M

- b) Anti-HCV Ig M
- c) Anti-HCV Ig G
- d) Anti-HEV IgM
- e) Anti-HBs Ag

#

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

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

#

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

- a) виразол;
- b) фоскарнет;
- c) софосбувир;
- d) рибавирин;
- e) фосфоглив;

#

50. Острый гепатит чаще всего переходит в хронический при:

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

#

51. Мужчина 29 лет, активный донор, последние 6 месяцев - донор плазмы. Направлен в гепатоцентр станцией переливания крови в связи с появившимся у него повышением трансаминаз: АлАТ - 350 ЕД/л. Ранее подобного повышения ферментных тестов не регистрировалось. Жалоб не предъявляет. При обследовании отмечено небольшое увеличение печени. Из эпидемиологического анамнеза: повышение аминотрансфераз выявлено еще у 2 доноров этой станции. ИФА диагностика на маркеры к вирусным гепатитам В, С, D показала отрицательный результат. Ваш предполагаемый диагноз?

- a) хронический вирусный гепатит С, минимальной активности;
- b) острый вирусный гепатит В, безжелтушная форма;
- c) острый вирусный гепатит С, безжелтушная форма;
- d) острый вирусный гепатит В, преджелтушный период;
- e) синдром Жильбера;

#

52. Правильное утверждение в отношении вирусных гепатитов:

- a) инфицирование возбудителем ВГА чаще приводит к развитию клинически выраженных форм болезни;
- b) возбудитель ВГС обладает цитопатическим действием на гепатоциты;
- c) вирус ВГВ не способен к длительному персистированию в организме;

- d) возбудитель ВГА относится к гепаднавирусам;
- e) дельта-вирус способен репродуцироваться только в присутствии вируса гепатита С;

#

53. Двухволновое течение желтушного периода характерно для:

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

#

54. 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;

#

55. 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.

#

56. 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;

#

57. Суперинфекция дельта вирусом представляет опасность для больного:

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

#

58. 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;

#

59. 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;

#

60. При злокачественной форме вирусного гепатита наиболее информативным биохимическим показателем тяжести является:

- a) повышение уровня β -липопротеидов;
- b) повышение активности трансаминаз более чем в 10 раз;
- c) повышение уровня билирубина;
- d) снижение протромбинового индекса;
- e) снижение концентрации натрия, калия;

#

Зоонозные и особо опасные инфекции

1. Мужчина 30 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на выраженный озноб, повышенную потливость, повышение температуры до 39°C , слабость, утомляемость, которые беспокоят в течение последней недели. В эпиданамнезе выяснено: живет в сельской местности, является фермером. При объективном обследовании состояние относительно удовлетворительное, интоксикации нет, положение активное. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, околоушные и паховые лимфоузлы размером до 1 см, подвижные. Отмечена гепатоспленомегалия. По остальным органам без изменений. Какой предварительный диагноз вы можете поставить?

- a) Брюшной тиф
- b) Малярия
- c) Туляремия
- d) Острый бруцеллез
- e) Лихорадка Ку

#

2. Доярка Н.А заболела месяц назад, когда появились нарастающий озноб, потливость, лихорадка до 39 градусов, ноющая боль коленных и голеностопных суставов. Объективно суставы внешне не изменены. Подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы величиной с горошину. Гепатоспленомегалия. Какое из перечисленных заболеваний наиболее вероятно у пациентки?

- a) Острая ревматическая лихорадка
- b) Ревматоидный полиартрит
- c) Подагрический артрит
- d) Болезнь Рейтера
- e) Бруцеллез остросептическая форма

#

3. Мужчина 28 лет, обратился к врачу с жалобами на озноб, потливость, повышение температуры тела до 38 градусов в течение последних 10 дней. При объективном обследовании выявлены увеличение периферических лимфатических узлов,

увеличение печени и селезенки. При лабораторном обследовании выявлены следующие результаты: р. Видаль-отр., кровь на толстую каплю и тонкий мазок-отр., р. Райта- 1: 400, р. Хедльсона-резко пол., РСК с антигенами риккетсий Бернетта-отр. Какой клинический диагноз вы можете поставить?

- a) Брюшной тиф
- b) Паратиф А или В
- c) Малярия
- d) Ку лихорадка
- e) Острый бруцеллез

#

4. Женщину 35 лет, жительницу сельской местности в течение последнего года периодически беспокоили перемежающиеся, ноющие боли в локтевых, лучезапястных, коленных, голеностопных суставах. Из эпиданамнеза выяснено, что она регулярно употребляет домашнюю сметану из сырого молока. При объективном осмотре: небольшое увеличение околоушных, подмышечных и паховых лимфоузлов, а также гепатомегалия +0.5-1 см по СКЛ. Суставы внешне не изменены, по остальным органам без патологий. Каким из нижеперечисленных заболеваний страдает пациентка?

- a) Ревматическим полиартритом
- b) Ревматоидным артритом
- c) Подагрическим полиартритом
- d) Первично-хроническим бруцеллезом
- e) Болезнью Рейтера

#

5. Мужчина 28 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на ноющие боли в крупных суставах конечностей, одышку, сердцебиение, загрудинные боли слева; из анамнеза: фермер, болен в течение 8 месяцев, когда после кратковременной лихорадки, ознобов, потливости постепенно присоединились поэтапно вышеуказанные жалобы. Объективно: лимфоаденопатия, гепатомегалия +1.5-2 см по СКЛ. Аускультативно: грубый систолический шум на верхушке, диастолический шум на основании сердца. В ОАК: лейкоциты- 4×10^9 /л, лимфоциты-40, СОЭ-10 мм/ч. Какое из нижеперечисленных заболеваний у пациента?

- a) Ревматоидный полиартрит
- b) Хроническая ревматическая болезнь
- c) Хронический бруцеллез
- d) Подагрический артрит
- e) Болезнь Рейтера

#

6. Диагноз хронического бруцеллеза ставится при длительности болезни:

- a) свыше 1,5 месяцев до 3 месяцев
- b) свыше 3 месяцев до 4 месяцев
- c) свыше 4 месяцев до 6 месяцев
- d) свыше 6 месяцев до 2 лет
- e) свыше 2 лет

#

7. Мужчина 32 года, житель городской местности обратился к участковому врачу с жалобами на выраженный озноб, повышенную потливость, повышение температуры тела до 39⁰С, слабость, утомляемость. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, положение активное, регионарные лимфоузлы увеличены до размера фасоли, подвижные. Гепатомегалия +1-1.5 см по СКЛ. По остальным органам без патологических изменений. В ОАК эритроциты-4,0x10¹²/л, Hb-120 г/л: лейкоциты-6x10⁹/л, лимфоциты-42% СОЭ-9 мм/ч. Какой из перечисленных методов лабораторных исследований позволит уточнить диагноз?

- a) Посев крови на стерильность
- b) Кровь на толстую каплю и тонкий мазок
- c) Кровь на р. Видаля
- d) Кровь на р. Хеддельсона и р. Райта
- e) Кровь на АСЛО

#

8. Больной Т., 35 лет, фермер обратился к семейному врачу с жалобами на ноющие, перемежающиеся боли в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах. Из анамнеза: заболел 7 месяцев тому назад, когда появились озноб, потливость, лихорадка, после купирования этих симптомов периодически стали беспокоить ноющие боли в крупных суставах нижних конечностей. Объективно: полилимфаденопатия, гепатомегалия +1.5см по СКЛ, суставы внешне не изменены. В ОАК: эритроциты 4,5x10¹²/л, Hb-130 г/л, лейкоциты 4x10⁹/л, лимфоциты-43%. р. Хеддельсона-положительная++ р.Райта-1/100. Какой из нижеперечисленных препаратов необходимо назначить для лечения?

- a) Пенициллин
- b) Амоксиклав
- c) Аллопуринол
- d) Эритромицин
- e) Диклофенак

#

9. Больной С., 29 лет обратился к участковому врачу с жалобами на головную боль, тошноту, периодически возникающую рвоту, ухудшение сна, познабливание, потливость. Из анамнеза: болен в течении 2 месяцев, когда появились озноб, потливость, лихорадка. Объективно микрополиаденопатия, гепатомегалия+1.5-2см по СКЛ. Ригидность затылочных мышц-слабо положительная, симптом Кернига-слабоположительный. В ОАК: эритроциты 4,2x10¹²/л, Hb-132 г/л, лейкоциты 5x10⁹/л, лимфоциты-43%, СОЭ-12 мм/ч Р.Хеддельсона-положительная, Р.Райта 1/200. Какое из нижеперечисленных исследований уточнит диагноз?

- a) Бактериологическое исследование ликвора
- b) Микроскопическое исследование ликвора
- c) Биохимическое исследование ликвора
- d) Общеклиническое исследование ликвора
- e) Иммунологическое исследование ликвора

#

10. Больной Т.И., 35 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на головную боль, тошноту, периодическую рвоту, ухудшение сна, познабливание, потливость.

Из анамнеза: болен в течение 2-х месяцев, когда появились озноб, потливость, лихорадка. Объективно: микрополиаденопатия, гепатомегалия+1.5-2см по СКЛ. Ригидность затылочных мышц-слабо положительная, симптом Кернига-слабоположительный. В ОАК: эритроциты- $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb-132 г/л, лейкоциты- $5 \times 10^9/л$, лимфоциты-43%, СОЭ-12 мм/ч Р.Хеддельсона-положительная Р.Райта 1/200. Ликвор: цитоз-180 клеток, из них лимфоциты -83%, лейкоциты- 17%, сахар- 1.2 ммоль/л, белок- 0,48 г/л. Какой из нижеперечисленных препаратов необходимо назначить в патогенетической терапии?

- a) Диклофенак
- b) Индометацин
- c) Кетонал
- d) Преднизолон
- e) Мелбек

#

11. К участковому врачу обратился мужчина 28 лет, с жалобами на повышение температуры тела до $38^{\circ}C$, озноб, потливость, общую слабость, наличие язвы на коже правого предплечья. Болен в течение 10 дней. Эпиданамнез: принимал участие в забое коровы у соседа за неделю до болезни. Объективно: на коже нижней трети правого предплечья имеется язва с черным струпом в центре, с выраженным отёком вокруг неё, покраснением кожи вокруг струпа. По органам без изменений. Какой из нижеперечисленных диагнозов предварительно можно выставить?

- a) Туляремия, кожная форма
- b) Чума, кожная форма
- c) Сибирская язва, кожная форма
- d) Рожа, эритематозно-буллезная форма
- e) Хронический фурункулез

#

12. Мужчина Б.А., 30 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на появление на коже лица язвы с черным струпом в центре, выраженным отеком вокруг язвы с покраснением кожи, при пальпации язва безболезненная. Из анамнеза: заболел 12 дней назад, с озноба, повышения температуры тела до 39 градусов, головной боли, 3 дня назад появилась язва на коже лица. Работает на предприятии по обработке шкур и шерсти. В ОАК: лейкоциты- $12 \times 10^9/л$, лимфоциты-27%, СОЭ-18 мм/ч. Какой из нижеперечисленных диагнозов можно выставить предварительно?

- a) Хронический фурункулез
- b) Туляремия, кожная форма
- c) Чума кожная форма
- d) Сибирская язва, кожная форма
- e) Рожа лица

#

13. Мужчина Б.А., 30 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на появление на коже лица язвы с черным струпом в центре, выраженным отеком вокруг язвы с покраснением кожи, при пальпации язва безболезненная. Из анамнеза: заболел 12 дней назад, с озноба, повышения температуры тела до 39 градусов, головной боли, 3 дня назад появилась язва на коже лица. Работает на предприятии по обработке

шкур и шерсти. В ОАК: лейкоциты- $12 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты-27%, СОЭ-18 мм/ч. Врач выставил предварительный диагноз: сибиреязвенный карбункул. Какой из нижеперечисленных методов лабораторной диагностики позволяет уточнить диагноз?

- a) Посев крови
- b) Посев мочи
- c) Посев испражнения
- d) Посев выпота из-под струпа
- e) Посев мокроты

#

14. К участковому врачу обратился мужчина 28 лет, с жалобами на повышение температуры тела до 38°C , озноб, потливость, общую слабость, наличие язвы на коже правого предплечья. Болен в течение 10 дней. Эпиданамнез: принимал участие в забое коровы у соседа за неделю до болезни. Объективно: на коже нижней трети правого предплечья имеется язва с черным струпом в центре, с выраженным отёком вокруг неё, покраснением кожи вокруг струпа. По органам без изменений. Участковым врачом выставлен предварительный диагноз: сибиреязвенный карбункул. Назначение какого из нижеперечисленных препаратов является наиболее эффективным?

- a) Пенициллин
- b) Рифампицин
- c) Эритромицин
- d) Доксициклин
- e) Гентамицин

#

15. Больной 36 лет, работник цехов по забою КРС и МРС, был доставлен в инфекционное отделение на машине скорой помощи с жалобами на сильную режущую боль в животе, тошноту, повторную рвоту с прожилками крови, жидкий стул 3 раза с примесью крови. Из анамнеза: болен в течение 1,5 суток, появился озноб на фоне температуры тела 39°C , головная боль, боль и жжение в горле, с последующим присоединением выше указанных симптомов. Из эпиданамнеза: 2 дня назад на работе покушал плохо прожаренный на слабом огне шашлык из толстых кусков говядины. О каком из нижеперечисленных заболеваний нужно думать в первую очередь?

- a) Сальмонеллезе, гастроэнтероколитической форме
- b) Дизентерии, гастроэнтероколитической форме
- c) Иерсиниозе, кишечной форме
- d) Сибирской язве, кишечной форме
- e) Эшерихиозе, пятой категории.

#

16. Мужчина 30 лет, был доставлен в инфекционное отделение на машине скорой помощи с жалобами на повышение температуры тела до 40°C , сильный озноб, боль и стеснение в груди, одышку, кашель с обильной кровянистой мокротой в виде «вишневого желе» и головную боль. Болен в течение 2 дней. Из эпиданамнеза: работает в частном цехе по обработке шкур и шерсти. Объективно: со-

стояние тяжелое, но сознание не нарушено, кожные покровы бледные, язык чистый, зев гиперемирован. Аускультативно в легких большое количество влажных хрипов, ЧД-36 в минуту, ЧСС-114 в минуту. О каком из нижеперечисленных заболеваний нужно думать в первую очередь?

- a) Внебольничная пневмония
- b) Легочная форма туляремии
- c) Легочная форма чумы
- d) Легочная форма легионеллеза
- e) Легочная форма сибирской язвы

#

17. Больной К.Т., 38 лет доставлен в тяжелом состоянии в инфекционное отделение на машине скорой помощи. При осмотре врачом приемного отделения выявлено: сознание сохранено, бледен, температура тела 35,8⁰С, ЧСС-130 в минуту, ЧД-40 в минуту, резкая слабость, АД-60/20 мм.рт.ст. На коже лица имеется язва с черным струпом в центре, безболезненная, с резко выраженным отеком окружающих мягких тканей. Из эпиданамнеза: неделю назад резал корову вместе с братом. Врач приемного отделения выставил диагноз: Сибирская язва, карбункулезная форма, крайне тяжелое течение. Сепсис? Чем осложнилось течение заболевания у больного?

- a) ДВС-синдром.
- b) Инфекционно-токсический шок
- c) Отеки и набухание головного мозга
- d) Острая почечная недостаточность
- e) Сосудистый коллапс.

#

18. Режимно-ограничительные мероприятия в отношении лиц, находившихся в контакте с заболевшими людьми, имеют значение в профилактике:

- a) малярии
- b) чумы
- c) клещевого энцефалита
- d) туляремии
- e) бруцеллеза

#

19. Больной 50 лет, поступил в клинику на 1-й день болезни. При поступлении: состояние тяжелое, температура 39⁰С, цианоз кожных покровов и слизистых оболочек, одышка. Отек кожи лица, шеи, верхней половины туловища, в области правого крыла носа темный струп с сукровичным отделяемым, вокруг мелкие везикулы, кожа гиперемирована. Область отека безболезненна. Укажите вероятный диагноз.

- a) рожа
- b) флегмона
- c) сибирская язва
- d) эризипелоид
- e) кожная форма чумы

#

20. Источник сибирской язвы:

- a) Грызуны;
- b) Кошки, собаки;
- c) Крупный рогатый скот;
- d) Комары, москиты;
- e) Люди.

#

21. На машине скорой помощи в инфекционное отделение доставлен мужчина 28 лет, с жалобами на сильный озноб, повышение температуры тела до 39⁰С, сильную головную боль, резко выраженную общую слабость, резкую боль в левой паховой области. Болен в течении 3-х суток. Из эпиданамнеза: работает егерем. Объективно: в сознании, лицо гиперемировано, слева в паховой области лимфоузлы увеличены до размера “ореха”, неподвижны, резко болезненны, кожа над ними гиперемирована. По органам без особых изменений. Какой из нижеперечисленных диагнозов можно выставить предварительно?

- a) Паховый лимфаденит слева
- b) Туляремия, бубонная форма
- c) Чума, бубонная форма
- d) Туберкулез пахового лимфатического узла
- e) Фелиноз

#

22. При трансмиссивном пути передачи чумы заражение происходит через:

- a) Вшей;
- b) Блох;
- c) Клещей;
- d) Комаров;
- e) Москитов.

#

23. Возбудителем чумы является:

- a) *Yersinia enterocolitica*
- b) *Yersinia pseudotuberculosis*
- c) *Yersinia pestis*
- d) *Listeria monocytogenes*
- e) *Salmonella enteritidis*

#

24. Какой из перечисленных методов лабораторной диагностики позволяет подтвердить диагноз бубонной формы чумы?

- a) Посев слизи из ротоглотки
- b) Посев крови
- c) Посев мокроты
- d) Посев пунктата из бубона
- e) Посев ликвора

#

25. Мужчина 30 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на выраженный озноб, высокую температуру тела до 40°C, сильную головную боль, потерю аппетита, сильный кашель с кровянистой мокротой, одышку, резкие боли в грудной клетке. Заболел внезапно 2 дня назад. Из эпиданамнеза: охотник, 5 дней назад снимал шкуру и разделывал тушу сурка выловленного с помощью капкана. Объективно: справа в подмышечной области лимфоузлы увеличены до размера “ореха”, спаяны в единый конгломерат, резко болезненны, кожа над ними гиперемирована; при аускультации легких выслушивается жесткое дыхание, крепитирующие мелкопузырчатые хрипы, ЧД-36 в минуту, ЧСС-112 в минуту, АД-80/60 мм.рт.ст. О каком заболевании следует думать?

- a) Туляремия, легочная форма
- b) Сибирская язва, легочная форма
- c) Чума, первично лёгочная форма
- d) Чума, вторично легочная форма
- e) Туберкулез легких

#

26. У больного, 26 лет, находящегося в инфекционном отделении с диагнозом бубонная форма чумы, тяжелое течение, на 2-й день после поступления врачом выявлены следующие симптомы: спутанное сознание, бледность кожных покровов с петехиальной сыпью, акроцианоз, холодные конечности, ЧСС 130 в минуту, нитевидный пульс, АД-70/40 мм.рт.ст., ЧД 38 в минуту. Какому осложнению соответствует описанные симптомы у данного больного?

- a) ДВС-синдром
- b) Острая надпочечниковая недостаточность
- c) Отек и набухание головного мозга
- d) Инфекционно-токсический шок
- e) Сосудистый коллапс

#

27. При первично легочной форме чумы отсутствует:

- a) резко выраженная интоксикация
- b) бубон
- c) кашель
- d) одышка
- e) кровянистая мокрота

#

28. Какая клиническая форма туляремии развивается при воздушно-пылевом пути заражения?

- a) Кожно-бубонная
- b) Бубонная
- c) Легочная
- d) Абдоминальная
- e) Септическая

#

29. Больной 24 лет, геолог, во время работы часто пил воду из мелких водоемов. Заболел остро: высокая температура, боль в горле при глотании, болезненность шеи слева.

Объективно: состояние средней тяжести, слизистая ротоглотки нерезко гиперемирована, на левой увеличенной миндалине плотный серовато-желтый налет, снимается с трудом, слева увеличены заднешейные лимфоузлы до размера голубинного яйца, подвижные, безболезненные. Температура тела 39 °С. Укажите вероятный диагноз:

- a) орнитоз
- b) брюшной тиф
- c) лептоспироз
- d) туляремия
- e) сыпной тиф

#

30. Больной К., 37 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни. Жаловался на головную боль, периодические подъемы температуры с ознобами. Температура поднималась до 40 °С и держалась около 4-х часов. Снижение температуры сопровождалось обильным потоотделением. В дальнейшем аналогичные приступы наступали через день по вечерам и сопровождалась потрясающим ознобом, потом, головной и мышечной болью, иногда рвотой. Больной незадолго до болезни вернулся из Эфиопии. Укажите вероятный диагноз:

- a) острый бруцеллез
- b) лептоспироз
- c) малярия
- d) сепсис
- e) брюшной тиф

#

31. Больной К. 45 лет, перед заболеванием охотился на ондатр, обрабатывал шкурки в домашних условиях. Заболел через 5 дней. Появился озноб, быстро повысилась температура тела до 39 °С, появились головная и мышечные боли. В правой подмышечной области увеличенный лимфатический узел, слабо болезненный, не спаянный с окружающими тканями. Кожа над бубоном не изменена. Поставлен диагноз туляремии. Укажите вероятный путь заражения:

- a) водный
- b) пищевой
- c) воздушно-пылевой
- d) контактный
- e) трансмиссивный

#

32. Какой антибактериальный препарат используют для лечения туляремии?

- a) пенициллин;
- b) эритромицин;
- c) стрептомицин;
- d) цефтриаксон;
- e) ампициллин;

#

33. Приступ 3-х дневной малярии начинается:

- a) вечером;

- b) в первую половину дня;
- c) во вторую половину дня;
- d) в любое время суток;
- e) ночью.

#

34. Для уничтожения тканевых спорозоитов применяется:

- a) тетрациклин;
- b) офлоксацин;
- c) примахин;
- d) делагил;
- e) митомицин.

#

35. Решающим методом лабораторной диагностики малярии являются:

- a) общий развернутый анализ крови;
- b) микроскопия толстой капли крови и мазка крови;
- c) серологические реакции;
- d) биологическая проба;
- e) бактериологический анализ крови;

#

36. Лихорадочные приступы при 4-х дневной малярии повторяются от начала предыдущего:

- a) через 24 часа;
- b) через 36 часов;
- c) через 48 часов;
- d) через 72 часа;
- e) через 96 часов;

#

37. Лихорадочные приступы при тропической малярии повторяются от начала предыдущего:

- a) через 24 часа;
- b) через 36 часов;
- c) через 48 часов;
- d) через 72 часа;
- e) через 96 часов;

#

38. Лихорадочные приступы при 3-х дневной малярии повторяются от начала предыдущего:

- a) через 24 часа;
- b) через 36 часов;
- c) через 48 часов;
- d) через 72 часа;
- e) через 96 часов;

#

39. Какие биологические субстраты используют для лабораторного подтверждения диагноза малярии?

- a) кровь;
- b) кал;
- c) моча;
- d) желчь.
- e) Мокроту

#

40. Какой препарат действует на эритроцитарные формы плазмодия?

- a) гидроксихлорохин;
- b) примахин;
- c) метрагил;
- d) хиноцид;
- e) доксициклин;

#

Нейроинфекции

1. Для менингококкового менингита характерно:

- a) Цитоз 1000, представлен нейтрофилами.
- b) Слабо положительные осадочные реакции.
- c) Цитоз 200, представлен лимфоцитами.
- d) Белок в ликворе снижен.
- e) Белково-клеточная диссоциация.

#

2. У 4-летнего ребёнка в течение 2 суток отмечалась лихорадка до 38,0-38,5°C, затруднённое носовое дыхание, редкий сухой кашель. На третьи сутки мать ребёнка отметила единичные элементы сыпи на нижних конечностях. Сохранялась лихорадка. Кожные покровы стали бледными, прохладными на ощупь. Сыпь звездчатая, приобрела багровый оттенок, местами элементы сыпи сливались. Сознание нарушено, заторможенность. С момента ухудшения состояния ребёнок не мочился. Обратились в инфекционный стационар, госпитализированы в тяжёлом состоянии в отделение РИТ. Предполагаемый диагноз:

- a) Скарлатина. Острая почечная недостаточность.
- b) Корь, период высыпаний. Корево-энцефалит.
- c) Грипп. Нейротоксикоз (геморрагический синдром, менингизм).
- d) Менингококковая инфекция, менингококкцемия. Септический шок.
- e) Энтеровирусная экзантема. Отёк головного мозга.

#

3. Ребёнок 8 лет, заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, затруднённого носового дыхания, редкого сухого кашля. К третьему дню болезни состояние ребёнка заметно ухудшилось, сохранялась лихорадка, интоксикация выросла, появилась головная боль, дважды отмечалась рвота, не связанная с приёмом пищи. Вызвали участкового врача. При осмотре: ребёнок лежит на боку с запрокинутой головой, на вопросы отвечает с задержкой, односложно, на болевые раздражители реагирует гримасой, при положении на спине, отмечается выраженная ригидность затылочных мышц. Действия участкового врача:

- a) Назначить лечение, рекомендовать амбулаторное наблюдение за больным ребёнком.

- b) Выдать направление для госпитализации в стационар.
- c) Вызвать «скорую помощь» для транспортировки ребёнка в инфекционный стационар.
- d) Сделать инъекцию антибиотика и в сопровождении реанимационной бригады СМП госпитализировать ребёнка в инфекционный стационар.
- e) Незамедлительно начать амбулаторное лечение инфузионной и антибактериальной терапией в ЦСМ.

#

4. Больной А., 30 лет, находится в инфекционном стационаре, отделение РИТ в крайне тяжёлом состоянии. Выставлен предварительный диагноз: менингококковая инфекция смешанная (менингит, менингококкцемия) тяжёлая форма, осложнённая отёком головного мозга и септическим шоком. Какие обследования необходимы для подтверждения диагноза «менингококковая инфекция»?

- a) Общий и биохимический анализ крови.
- b) Бактериологический посев крови на питательные среды.
- c) Бактериоскопия ликвора.
- d) Реакция латекс-агглютинации ликвора.
- e) ПЦР ликвора.

#

5. Наиболее тяжёлым осложнением менингококкцемии является:

- a) Эндокардит.
- b) Формирование множественных пиемических очагов.
- c) Миокардит.
- d) Острая надпочечниковая недостаточность.
- e) ДВС-синдром.

#

6. Подросток 13 лет, доставлен в стационар без сознания на 2-й день болезни. Температура тела 39,2°C. Рефлексы сохранены, отмечается ригидность затылочных мышц. Сыпи нет. Печень и селезенка не увеличены. Пульс 56 в минуту, ритмичный, не напряжен. АД 100/70 мм рт. ст. В крови лейкоцитоз $23,0 \times 10^9$ в 1 мкл., нейтрофиллез, СОЭ 40 мм/час. Предполагаемый диагноз:

- a) ГЛПС.
- b) Менингит.
- c) Грипп.
- d) Сыпной тиф.
- e) Субарахноидальное кровоизлияние.

#

7. Для менингококкцемии характерна:

- a) Этапность распространения сыпи (лицо, туловище, конечности).
- b) Геморрагическая звездчатая сыпь на нижних конечностях и ягодицах.
- c) Кореподобная сыпь.
- d) Розеолезная и розеолезно-папулезная сыпь.
- e) Везикулёзная сыпь с феноменом «подсыпания».

#

8. *Подросток 16 лет, заболел остро с повышением температуры до 40°C с ознобом. К концу суток появилась геморрагическая сыпь на коже дистальных отделов конечностей. Менингеальные симптомы отсутствуют. Перед заболеванием перенес ринит в течение 7 дней. Укажите наиболее вероятный диагноз:*

- a) Брюшной тиф.
- b) Сыпной тиф.
- c) Аденовирусная инфекция.
- d) Грипп.
- e) Менингококковая инфекция.

#

9. *Препаратом выбора для лечения менингококкового менингита является:*

- a) Ампициллин.
- b) Бензилпенициллин.
- c) Ампиокс.
- d) Гентамицин.
- e) Эритромицин.

#

10. *Критерием отмены антибактериальной терапии у больного менингококковым менингитом является:*

- a) Цитоз ликвора менее 10 клеток в мкл.
- b) Цитоз ликвора менее 100 клеток в мкл.
- c) Отсутствие общемозговой симптоматики и менингеальных знаков.
- d) Нормализация общего анализа крови.
- e) Исчезновение менингококка из ликвора

#

11. *Участкового врача вызвали для осмотра новорожденного ребёнка, возрастом 14 дней. Из анамнеза: роды проходили дома без соблюдения санитарно-гигиенических норм. При осмотре ребёнок в сознании, субфебрильно лихорадит, при плаче отмечается затруднённое открывание рта, пупочная ранка отёчна, гиперемирована, со скудным серозным отделяемым, мочеиспускание и дефекация не нарушены. Со слов родителей, накануне отмечались генерализованные судороги, которые самостоятельно прошли в течение 15-20 секунд. Предполагаемый диагноз:*

- a) Ботулизм новорожденных.
- b) Энцефалопатия, вызванная ядерной желтухой.
- c) Столбняк новорожденных.
- d) Сепсис новорожденных.
- e) Острое нарушение мозгового кровообращения.

#

12. *Назовите симптомы классической триады при столбняке:*

- a) Высокая лихорадка, тризм, тонические судороги.
- b) Астенизация, «сардоническая улыбка», гиперестезия.
- c) Тризм, «сардоническая улыбка», нарушение глотания.
- d) Беспокойство, дисфагия, опистотонус.
- e) Лихорадка, опистотонус, гиперестезия.

#

13. В ЦСМ обратились родители подростка 12 лет. Со слов матери, у её сына на протяжении 2-3 дней отмечалось повышение температуры тела до 37,2°C, общее недомогание, беспокойство, повышение реакции на внешние раздражители. Анамнестические данные скудные: родители заболевание ни с чем не связывают, у ребёнка медотвод от вакцинации. При осмотре на левой голени имеется гиперемия вокруг затянувшейся раны, которую нанес тяпкой, помогая деду в огороде неделю назад. Пальпаторно ощущается умеренная ригидность окружающих рану мышц. Предполагаемый диагноз и действия участкового врача?

- a) Раневой ботулизм. Введение противоботулинической сыворотки.
- b) Заражение *Cl. Perfringens*. Обработка раны.
- c) Столбняк. Обработка раны. Введение противостолбнячной сыворотки.
- d) Бешенство. Обработка раны. Введение антирабической сыворотки.
- e) Рожь. Проведение антибактериальной терапии.

#

14. Укажите ведущий симптом столбняка:

- a) Высокая температура.
- b) Тонические судороги.
- c) Параличи.
- d) Нарушение сознания.
- e) Диарея.

#

15. Какой препарат используется для профилактики и лечения столбняка?

- a) Антимикробная сыворотка.
- b) Антитоксическая сыворотка.
- c) Бактериофаг.
- d) Лошадиная сыворотка.
- e) Человеческий иммуноглобулин.

#

16. При столбняке могут развиваться осложнения:

- a) Септический шок, почечная недостаточность.
- b) Контрактура мышц, суставов.
- c) Пневмония, паралич сердечной мышцы.
- d) Разрывы мышц и сухожилий, вывихи.
- e) Инвагинация кишечника, выпадение прямой кишки.

#

17. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать столбняк:

- a) Эпилепсия.
- b) Лептоспироз.
- c) Отравления стрихнином.
- d) Острое нарушение мозгового кровообращения.
- e) Ботулизм.

#

18. У больного наблюдаются периодические судороги мышц туловища. Рот открывает с трудом. Сознание ясное, температура нормальная, мышечный гипертонус. На левой кисти ожог IV степени после электротравмы. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- a) Бешенство.
- b) Раневой ботулизм.
- c) Столбняк.
- d) Энцефалит.
- e) Нарушение мозгового кровообращения.

#

19. Пациент К., 44 лет, почувствовал недомогание, напряжение и подергивание мышц вокруг раны, полученной дней 10 назад. Отмечалось затрудненное жевание и открывание рта, болезненность при глотании. Появилось напряжение мышц лица, чувство стеснения в груди. Температура нормальная. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- a) Ботулизм.
- b) Столбняк.
- c) Менингит.
- d) Бешенство.
- e) Полиомиелит

#

20. При столбняке отсутствуют сокращения:

- a) Мышц шеи.
- b) Мышц лица.
- c) Мышц дистальных отделов конечностей.
- d) Мышц груди и живота.
- e) Мышц спины.

#

21. В инфекционный стационар поступает мальчик 4 лет. Заболел остро, с повышения температуры тела, сухого кашля, скудных слизистых выделений из носа. При попытке поставить на ноги, ребёнок садится на пол, отмечается снижение мышечного тонуса нижних конечностей. Со слов матери, контактов с инфекционными больными у ребёнка не было, не вакцинирован т.к. имеет медицинские противопоказания. В семье еще есть 6-месячный ребенок, которому около месяца назад была сделана живая вакцина Сэбина. Предполагаемый диагноз:

- a) Детский церебральный паралич.
- b) Полиомиелит, паралитическая форма.
- c) Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма.
- d) Миодистрофия Дюшенена.
- e) Паротитный менингоэнцефалит.

#

22. Типичным признаком развития паралитической формы полиомиелита является:

- a) Расстройство чувствительности.
- b) Расстройство двигательной функции в конечностях.
- c) Атония.

- d) Гиперкинезы.
- e) Поражение черепных нервов.

#

23. Какие отделы ЦНС поражаются при полиомиелите:

- a) Передние рога спинного мозга.
- b) Задние рога спинного мозга.
- c) Белое вещество спинного мозга.
- d) Оболочки головного мозга.
- e) Кора головного мозга.

#

24. Сколько дней больной полиомиелитом заразен для окружающих?

- a) 10 дней.
- b) 20 дней.
- c) 30 дней.
- d) 40 дней.
- e) 50 дней.

#

25. На следующий день после прививки АКДС+ОПВ ребёнок стал хромать. Появилось ограничение движений в ноге, снижение сухожильных рефлексов и чувствительности. Предполагаемый диагноз:

- a) Вакциноассоциированный полиомиелит.
- b) Синдром Гийена – Барре.
- c) Поствакцинальный энцефалит.
- d) Травматическая невропатия.
- e) Энцефалит.

#

26. Для полиомиелита с поражением ЦНС характерна температура:

- a) Гектическая.
- b) Кратковременная не более 3 дней.
- c) Субфебрильная.
- d) Двухволновая.
- e) Гиперпиретическая.

#

27. Укажите правильное утверждение в отношении полиомиелита:

- a) Распространен повсеместно.
- b) Вызывается особым видом риккетсий.
- c) По механизму передачи относится к кишечным инфекциям.
- d) Протекает в форме колита.
- e) Лечится препаратами тетрациклинового ряда.

#

28. Ребёнок 5 лет. Сведений о вакцинации против полиомиелита нет. Как должна проводиться вакцинация в этом случае?

- a) Не прививать.
- b) Сделать 1 вакцинацию.
- c) Сделать 3 прививки, ревакцинировать в 14 лет.

- d) Сделать 3 прививки с интервалами 1,5 месяца.
- e) Прививать в декретированные сроки.

#

29. Дифференциальный диагноз менингеальной формы полиомиелита следует проводить с:

- a) Паротитным менингитом.
- b) Бактериальным серозным менингитом.
- c) Гриппом, сопровождающийся нейротоксикозом.
- d) Менингеальной формой клещевого энцефалита.
- e) Со всем перечисленным.

#

30. Для спинальной формы полиомиелита характерно:

- a) гиперестезия
- b) поражение проксимальной группы мышц
- c) нарушение чувствительности
- d) симметричность поражения
- e) развитие тетрапарезов

#

31. Какой механизм заражения возможен при клещевом энцефалите?

- a) Воздушно-капельный.
- b) Контактнo-бытовой.
- c) Гемоконтактный.
- d) Пищевой.
- e) Фекально-оральный.

#

32. Развитие эпилептических припадков характерно для следующей формы клещевого энцефалита:

- a) Менингеальной.
- b) Менингоэнцефалитической.
- c) Полиомиелитической.
- d) Лихорадочной.
- e) Полирадикулоневритической.

#

33. Изменения в ликворе при лихорадочной форме клещевого энцефалита:

- a) Высокий нейтрофильный плеоцитоз.
- b) Высокий лимфоцитарный плеоцитоз.
- c) Низкий нейтрофильный плеоцитоз.
- d) Низкий лимфоцитарный плеоцитоз.
- e) Изменения отсутствуют.

#

34. Вакцинация против клещевого энцефалита проводится:

- a) Больным любой формой клещевого энцефалита до 7 дня болезни;
- b) После удаления клеща;
- c) Врачам инфекционистам в стационарах и поликлиниках;
- d) Лицам, выезжающим на работу в природные очаги клещевого энцефалита;

- е) Жителям эндемичных очагов клещевого энцефалита;

#

35. Наиболее частая клиническая форма клещевого энцефалита в Кыргызской Республике:

- а) Лихорадочная.
- б) Менингоэнцефалитическая.
- в) Менингеальная.
- г) Полирадикулоневритическая.
- д) Полимиелитическая.

#

36. При клещевом энцефалите отсутствует:

- а) Симптоматика поражения кишечника.
- б) Менингоэнцефалитический синдром.
- в) Повышение внутричерепного давления.
- г) Вялые парезы и параличи мышц плечевого пояса.
- д) Лихорадка в начале заболевания.

#

37. Выберите энцефалит первичного генеза:

- а) Коровой.
- б) Ветряночный.
- в) Клещевой.
- г) Поствакцинальный.
- д) Гриппозный.

#

38. Какие симптомы отсутствуют в клинике клещевого энцефалита?

- а) Высокая лихорадка.
- б) Гиперемия лица и склерит.
- в) Пятнисто-папулёзная сыпь на коже.
- г) Сильная головная боль.
- д) Выраженная общая слабость.

#

39. Переносчиком и основным резервуаром вируса клещевого энцефалита являются:

- а) Грызуны.
- б) Птицы.
- в) Млекопитающие.
- г) Иксодовые клещи.
- д) Блохи.

#

40. Резидуальные (остаточные) явления у пациентов, перенесших энцефалит, связаны:

- а) С гидроцефалией и тяжёлыми ликвородинамическими расстройствами.
- б) С тяжёлой двигательной и особенно интеллектуальной инвалидностью.
- в) С тяжёлой психической инвалидностью.
- г) С тяжёлыми деформациями опорно-двигательного аппарата.
- д) С тяжёлыми расстройствами зрения и слуха.

41. Смерть при бешенстве наступает от паралича:

- a) Тазовых органов.
- b) Нижних конечностей.
- c) Периферических нервов.
- d) Сердца и дыхательного центра.
- e) Глотательной мускулатуры.

#

42. Инкубационный период при бешенстве соотносится с:

- a) Преморбидным фоном.
- b) Локализацией, глубиной и обширностью укусов.
- c) Первичным и вторичным иммунодефицитом.
- d) Массой тела человека.
- e) Видом животного.

#

43. С бешенством необходимо дифференцировать:

- a) Бруцеллез.
- b) Столбняком.
- c) Отравления атропином и стрихнином.
- d) Эпилепсию.
- e) Гнойный менингит.

#

44. Самым ранним симптомом бешенства является:

- a) Повышенная чувствительность к зрительным и слуховым раздражителям.
- b) Гиперестезия.
- c) Нарушение сна.
- d) Беспричинный страх.
- e) «Симптом рубца»

#

45. Для паралитической стадии бешенства характерно:

- a) депрессия
- b) возбуждение
- c) сialорей
- d) психическое успокоение
- e) приступ гидрофобии

#

46. Введение антирабической вакцины осуществляют:

- a) Сразу после укуса, а также на 3, 7, 14, 30 и 90-й дни.
- b) Сразу после укуса, однократно.
- c) Сразу после укуса и повторно через 1 месяц.
- d) Сразу после укуса, затем через 1 и через 3 месяца.
- e) Сразу после укуса, а затем – согласно календарю профилактических прививок.

#

47. Для стадии возбуждения при бешенстве характерны:

- a) Гидрофобия.
- b) Зоофобия.

- с) Кардиофобия.
- д) Агорафобия.
- е) Клаустрофобия.

#

48. Входные ворота возбудителя при бешенстве:

- а) Неповреждённая кожа
- б) Поврежденная кожа
- с) Слюнные железы
- д) ЦНС
- е) Слизистая кишечника

#

49. Выберите неправильное утверждение в отношении вируса бешенства:

- а) Возбудителем бешенства является ДНК, содержащий вирус.
- б) Различают «уличный вирус» бешенства и «фиксированный».
- с) Вирус бешенства хорошо переносит низкие температуры.
- д) Вирус бешенства не погибает при нагревании.
- е) Вирус бешенства хорошо культивируется на культуре сирийских хомяков.

#

50. Основными источниками инфекции при бешенстве являются:

- а) Собаки.
- б) Лисы.
- с) Волки.
- д) Сельскохозяйственные животные.
- е) Все перечисленные животные.

#

Капельные инфекции

1. Передача коклюша осуществляется:

- а) Контактным-бытовым путем
- б) Воздушно-капельным путем
- с) Фекально - оральным путем
- д) Парентеральным путем
- е) Вертикальным путем

#

2. Инкубационный период коклюша в среднем составляет:

- а) 2-3 дня
- б) 5-8 дней
- с) 10-15 дней
- д) 16-20 дней
- е) более 20 дней

#

3. Вирус гриппа относится к семейству:

- а) пикорнавирусов
- б) реовирусов
- с) ортомиксовирусов

- d) парамиксовирусов
- e) аденовирусов

#

4. Методом экспресс-диагностики гриппа является:

- a) серологический
- b) толстой капли
- c) «кашлевых пластинок»
- d) иммунофлюоресценции
- e) выделение вируса на культуре клеток

#

5. При инфекционном мононуклеозе наиболее часто поражаются:

- a) сердечно-сосудистая система
- b) дыхательная система
- c) половые железы
- d) слюнные железы
- e) лимфатические железы

#

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

- a) лейкопения
- b) лимфопения
- c) атипичные мононуклеары
- d) цитомегалы с крупным ядром
- e) тромбоцитопения

#

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

- a) септический эндокардит
- b) порок сердца
- c) эндомиокардит вторичный
- d) токсический миокардит
- e) фиброэластоз

#

8. Чем проводится специфическая терапия дифтерии:

- a) антитоксической сывороткой
- b) иммуноглобулином
- c) бактериофагами
- d) вакцинами
- e) химиопрепаратами

#

9. Вирус эпидемического паротита тропен к:

- a) почечному эпителию
- b) эндотелию сосудов
- c) железистому эпителию
- d) мерцательному эпителию

е) эпителию кишечника

#

10. Чем проявляется поражение ЦНС при паротитной инфекции:

- а) энцефалитом
- б) вентрикулитом
- в) серозным менингитом
- г) гнойный менингит
- е) гидроцефалией

#

11. Укажите причину поражения ЦНС при коклюше:

- а) токсикоз
- б) эксикоз
- в) гипоксия
- г) анемия
- е) родовая травма

#

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

- а) репризами
- б) токсикозом
- в) судорогами
- г) гипертермией
- е) диареей

#

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

- а) экзотоксину
- б) эндотоксину
- в) цитотоксину
- г) коллагеназе
- е) гиалуронидазе

#

14. Показателем тяжелого течения коклюша является:

- а) рвота
- б) апноэ
- в) репризы
- г) гипертермия
- е) гиперемия

#

15. Подросток 14 лет обратился к участковому врачу с жалобами на повышение температуры тела до 39,4⁰С., 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?

- а) Менингококковая инфекция

- b) Лептоспироз
- c) Грипп
- d) Геморрагическая лихорадка
- e) Аденовирусная инфекция

#

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

- a) Аденовирусной инфекции
- b) Парагриппе
- c) Гриппе
- d) Риновирусной инфекции
- e) Респираторно-синцитиальной инфекции

#

17. Меры специфической профилактики гриппа:

- a) изоляция больных
- b) введение противогриппозной вакцины
- c) ношение четырехслойной маски
- d) кварцевание помещений
- e) мытье рук

#

18. С чем связано возникновение пандемий при гриппе:

- a) Изменение одного антигена вируса гриппа А
- b) Изменением вируса гриппа В
- c) Изменение двух антигенов вируса гриппа А
- d) Инаktivацией вируса гриппа
- e) Изменением всех типов вируса гриппа

#

19. Какие изменения характерны в крови при инфекционном мононуклеозе:

- a) Нейтрофилез + лимфопения
- b) Лимфоцитоз + атипичные мононуклеары
- c) Лимфопения + атипичные мононуклеары
- d) Лимфоцитоз + эозинофилия
- e) Нейтрофилез + лимфоцитоз

#

20. При тяжелом течении инфекционного мононуклеоза применяют:

- a) гормоны
- b) антибиотики
- c) иммуномодуляторы
- d) иммуноглобулин
- e) ферменты

#

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

- a) В-лимфоциты
- b) Т-лимфоциты
- c) гепатоциты

- d) энтероциты
- e) миоциты

#

22. Клиническим симптомом инфекционного мононуклеоза может быть экзантема в виде:

- a) петехиальной сыпи
- b) узловатой эритемы
- c) кореподобной сыпи
- d) везикулезной сыпи
- e) скарлатиноподобной сыпи

#

23. 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

#

24. Доза антитоксической противодифтерийной сыворотки зависит от:

- a) возраста больного
- b) массы тела больного
- c) дня болезни
- d) клинической формы дифтерии
- e) осложнений

#

25. 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

#

26. 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

#

27. Паротитную инфекцию необходимо дифференцировать с:

- a) рожей
- b) инфекционным мононуклеозом
- c) подчелюстным лимфаденитом
- d) травмой уха

е) фурункулом наружного слухового прохода

#

28. При паротитной инфекции поражаются:

- а) печень
- б) сосуды
- в) кишечник
- г) почки
- е) половые железы

#

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

- а) в конце инкубационного периода
- б) на 3-5 день болезни
- в) позже 7 дня болезни
- г) одновременно с поражением слюнных желез
- е) менингит не развивается

#

30. Какая терапия проводится при гладком течении эпидемического паротита:

- а) антибактериальная
- б) симптоматическая
- в) введение иммуноглобулина
- г) противовирусная
- е) местная

#

31. Какие изменения в ОАК характерны при коклюше:

- а) лейкоцитоз + лимфоцитоз
- б) лейкоцитоз + лимфопения
- в) лимфопения + анемия
- г) лимфоцитоз + моноцитоз
- е) эозинофилия + нормоцитоз

#

32. 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?

- а) Микоплазменная инфекция
- б) Аденовирусная инфекция
- в) Парагрипп
- г) Коклюш
- е) РС-инфекция

#

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

- а) пенициллин

- b) ампициллин
- c) цефотоксим
- d) азитромицин
- e) ципрофлоксацин

#

34. 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

#

35. Поражение трахеи у взрослых характерно для:

- a) гриппа
- b) риновирусной инф.
- c) аденовирусной инф.
- d) РС-инфекции
- e) парагриппа

#

36. Наиболее частый неотложный синдром гриппа:

- a) синдром крупа
- b) токсический синдром
- c) геморрагический синдром
- d) обструктивный синдром
- e) судорожный синдром

#

37. Для этиотропной терапии гриппа используют:

- a) озельтамивир
- b) циклоферон
- c) терафлю
- d) ацикловир
- e) виферон

#

38. 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

#

39. Выберите антибиотик противопоказанный при инфекционном мононуклеозе:

- a) Цефотаксим
- b) Цефтриаксон

- c) Азитромицин
- d) Ампициллин
- e) Ципрофлоксацин

#

40. 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

#

41. 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

#

42. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать инфекционный мононуклеоз:

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

#

43. Вакцинопрофилактика проводится при

- a) риновирусной инфекции
- b) гриппе
- c) аденовирусной инфекции
- d) парагриппе
- e) РС-вирусной инфекции

#

44. 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

#

45. Выберите терапию для бактерионосителя токсигенной коринебактерии дифтерии:

- a) антитоксическая противодифтерийная сыворотка
- b) АКДС

- c) АДС-анатоксин
- d) антибиотик
- e) ничего не назначу

#

46. Укажите симптом, характерный для локализованной формы дифтерии рото-глотки:

- a) Резкая боль при глотании
- b) Температура свыше 40 С
- c) Налеты только на небных миндалинах
- d) Налеты на небных миндалинах и за их пределами
- e) Отек подкожной клетчатки шеи

#

47. Серозный менингит в сочетании с двухсторонней припухлостью в околушных областях указывает на:

- a) туберкулёз
- b) паротитную инфекцию
- c) лептоспироз
- d) инфекционный мононуклеоз
- e) ЦМВИ

#

48. Санация ликвора при паротитном менингите наступает через:

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

#

49. 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

#

50. 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

Экзантемы

1. 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.

#

2. Характер появления сыпи при кори:

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

#

3. Источником вируса краснухи может быть:

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

#

4. 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

#

5. Возбудителем ветряной оспы является:

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

#

6. 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.

#

7. Источником инфекции при скарлатине является:

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

#

8. Сыпь при скарлатине:

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

#

9. Возбудителем розжи является:

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

#

10. Инкубационный период при розже 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.

#

11. Пигментация сыпи при кори объясняется:

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

#

12. 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.

#

13. 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;

#

14. Краснуха опасна для:

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

#

15. 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.

#

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

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

#

17. 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.

#

18. Больной 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

#

19. 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.

#

20. Сыпь при скарлатине связана со следующим звеном патогенеза:

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

#

21. Поздние осложнения скарлатины связаны со следующим звеном патогенеза:

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

#

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

- a) Пигментация;
- b) Рубцевание;
- c) Депигментация;
- d) Шелушение;
- e) Образованием корочек;

#

23. Причиной рецидивирующего течения розжи становится:

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

#

24. Повторная розжа развивается:

- a) в течение 1 года на том же месте;
- b) в течение 2 лет на том же месте;
- c) через 2 года иной локализации;
- d) через 2 года на том же месте;
- e) через 1 год иной локализации.

#

25. Рецидивирующая роза развивается после первичной:

- a) через 3 года и более на том же месте;
- b) в течение 2 лет на том же месте;
- c) через 2 года иной локализации;
- d) через 2 года на том же месте;
- e) в течение 1 года иной локализации.

#

26. 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
- c) менингококкцемия
- d) скарлатина
- e) псевдотуберкулез

#

27. 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;
- c) 7 дней;
- d) 10 дней;
- e) 2 недели.

#

28. 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.

#

29. В поликлинику на третий день болезни обратился учащийся лица 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.

#

30. Больной М, 30 лет, осмотрен врачом, вызванным на дом, который при объективном осмотре выявил: ринит, конъюнктивит, гиперемию зева, на слизистой оболочке щек – белесоватые наложения, не снимающиеся шпатель. На основании патогномоничного 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;

#

31. 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;

#

32. 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;

#

33. 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: субферильную 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;

е) Инфекционный мононуклеоз.

#

34. Больной с краснухой заразен от начала высыпания:

- а) 5 дней
- б) 7 дней
- с) 9 дней
- д) 14 дней
- е) 21 день

#

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

- а) 1 месяц;
- б) 3 месяца;
- с) 6 месяцев;
- д) 1 год;
- е) 21 день.

#

36. Больной 60 лет был направлен в стационар на 5-ый 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:

- а) ветряная оспа
- б) простой герпес
- с) опоясывающий герпес
- д) болезнь Лайма
- е) токсикодермия

#

37. Для ветряной оспы характерен:

- а) Ложный полиморфизм сыпи;
- б) Истинный полиморфизм сыпи;
- с) Увеличение околушных слюнных желез;
- д) Этапность высыпаний;
- е) Мелкоточечный характер сыпи.

#

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

- а) О коревом энцефалите;
- б) О менингококковом энцефалите;
- с) О ветряночном энцефалите;
- д) О краснушном энцефалите;
- е) О клещевом энцефалите.

#

39. Этиотропным препаратом лечения ветряной оспы является:

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

#

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

- a) коревом;
- b) ветряночном;
- c) краснушном;
- d) поствакцинальном;
- e) герпетическом;

#

41. 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.

#

42. Аллергическим осложнением скарлатины является:

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

#

43. 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 «сочковый» свободный от налета. Ваш диагноз?

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

#

44. Патогномичный симптом скарлатины:

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

е) Симптом Филиповича.

#

45. Какой симптомокомплекс типичен для скарлатины?

- а) Температура, сыпь, диарея;
- б) Температура, сыпь, катаральные явления с экссудативным компонентом;
- в) Температура, сыпь, гепатоспленомегалия;
- г) Температура, сыпь, ангина;
- е) Температура, сыпь, менингеальные знаки;

#

46. 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?

- а) Флегмона;
- б) Опоясывающий лишай;
- в) Сибирская язва;
- г) Эризипеллоид;
- е) Рожь.

#

47. Отличительным клиническим признаком рожки от флегмоны является:

- а) Эритема с отеком;
- б) Лихорадка;
- в) Болезненность;
- г) Четкая граница эритемы;
- е) Воспалительный характер крови.

#

48. Антибиотиком выбора при лечении первичной рожки в условиях стационара является:

- а) Цефалоспорин I поколения;
- б) Цефалоспорин III поколения;
- в) Цефалоспорин II поколения;
- г) Бензилпенициллин;
- е) Макролид.

#

49. Длительность антибактериальной терапии первичной рожки составляет:

- а) 5 дней;
- б) 7 дней;
- в) 10 дней;
- г) 14 дней;
- е) Не менее 2 дней после нормализации температуры.

#

50. Антибиотиком выбора при лечении рецидивирующей рожки в условиях стационара является:

- а) Цефалоспорин I поколения;

- b) Цефалоспорин III поколения;
- c) Аминогликозид;
- d) Бензилпенициллин;
- e) Макролид.

БЛОК В

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Клиническая задача №1

Больной, 38 лет. Обратился к врачу скорой помощи 4.09. с жалобами на постоянную умеренную боль в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38,6°C. Из анамнеза известно, что за 2 недели до болезни возвратился из поездки в Индию. Впервые почувствовал недомогание 17.08. - познабливало, болела голова. Температура 37,4°C. К врачу не обращался, самостоятельно принимал ампициллин по 1 таб. 3 раза в день. Продолжал работать, хотя сохранялась субфебрильная температура, познабливало, был плохой аппетит. 22–23.08. проявления заболевания исчезли, прекратил принимать ампициллин. В ночь с 3 на 4.09. вновь повысилась температура, появились боли в животе (преимущественно справа), тошнота, была однократная рвота. Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, сухая, на животе имеются несколько розовых «пятен». Язык обложен густым серым налетом, суховат. Живот вздут, умеренно болезненный в илеоцекальной области. Там же определяется небольшое напряжение мышц, нерезко выраженный симптом Щеткина. С диагнозом «острый аппендицит» доставлен в стационар, прооперирован. Червеобразный отросток умеренно гиперемирован, отечен. При ревизии брюшной полости замечено значительное увеличение мезентеральных узлов, один из них удален для гистологического исследования. В дистальном отделе подвздошной кишки обнаружены просвечивающие сквозь кишечную стенку язвы. Анализ крови: Нв-126г/л, лейкоциты- $6,1 \cdot 10^9$ /л, п/я-8%, с/я-51%, лимфоциты- 38%, мон-3%, СОЭ-12 мм/час. Поставлен диагноз «острый аппендицит, язвенный илеит».

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с данным диагнозом?
- 2) Установите диагноз.
- 3) Назначьте план обследования и лечения.

Клиническая задача №2

Больной, 36 лет, коммерсант. Обратился к терапевту с жалобами на высокую температуру, слабость, головную боль, отсутствие аппетита, тошноту, расстройство стула. Заболел остро 5 дней назад: появилось плохое самочувствие, ночью температура поднялась до 38,6°C, знобило, болела голова. Дважды повторялась рвота, был жидкий стул. Принимал таблетки «от гриппа», но лучше не стало. Головная боль и слабость нарастали, на следующий день температура поднялась до 39°C. За 10 дней до начала болезни вернулся из туристической поездки в Индию.

При осмотре состояние средней тяжести, небольшой насморк, гиперемия слизистой ротоглотки. На коже туловища и конечностей обильная пятнисто-папулезная сыпь, которую вчера больной не видел. Лимфоузлы не увеличены, в легких хрипов нет. Пульс 88 уд/мин, АД 120/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, утолщен. Живот мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул жидкий, дважды за день. Печень и селезенка пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- 3) Составьте план обследования и тактику ведения больного.

Клиническая задача №3

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 №4

Больная, 29 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в правой подвздошной области, слабость, кашицеобразный стул 3–4 раза, с примесью слизи. Заболела месяц назад, когда появились боли в животе, а затем жидкий стул до 4-х раз в сутки со слизью и кровью. Температура тела не повышалась. Обратилась в поликлинику, где был поставлен диагноз: острая дизентерия, назначен тетрациклин. Состояние улучшилось, стул нормализовался. Через неделю вновь возобновился неустойчивый стул со слизью и кровью. Больная госпитализирована с диагнозом: обострение дизентерии.

Из эпиданамнеза известно, что за 2 недели до заболевания отдыхала в Египте, ела фрукты, овощи, пила водопроводную воду.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Бледная. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в подвздошных областях (больше справа). Слепая и сигмовидная кишки утолщены, болезненные при пальпации. Печень +2 см из-под края реберной дуги.

ЗАДАНИЕ:

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

Клиническая задача №5

Больной, 26 лет, обратился по поводу высокой температуры, озноба, боли в правом подреберье. Диагностирована пневмония, назначено лечение пенициллином. В течение недели состояние не улучшилось, при рентгенографии легких диагноз пневмонии не подтвержден. В это время больной отметил потемнение мочи и желтушность склер. Направлен врачом поликлиники в стационар с подозрением на вирусный гепатит.

При осмотре в приёмном отделении отмечена бледность кожных покровов, обложенность языка, болезненность живота при пальпации в правом подреберье, увеличение и чувствительность правой доли печени.

При уточнении анамнеза установлено, что за 2 года до настоящего заболевания работал по контракту в Сирии, где отмечал в течение 3-х недель неустойчивый стул до 3–4 раз в день, калового характера, иногда с примесью слизи. Отмечал при этом небольшую слабость, температура не повышалась.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Установите предварительный диагноз, обоснуйте его.
- 2) Составьте план обследования.

Клиническая задача №6

Больная А., 22 лет, студентка из Египта, госпитализирована с подозрением на острую дизентерию. Жалобы на боли в животе схваткообразного характера, частый стул со слизью и кровью, боли при дефекации. Состояние средней тяжести. Больна в течение 3-х месяцев, за этот период было 3 эпизода диареи, в промежутках между которыми наблюдались запоры. За 2–3 недели до первого эпизода диареи у больной отмечалась лихорадка в течение 5 дней, сопровождавшаяся зудящей сыпью и кашлем. К врачу не обращалась. При осмотре отмечена бледность кожных покровов, увеличение печени и селезенки. Болезненность при пальпации толстого кишечника, сигма уплотнена. Стул осмотрен, скудный, слизисто-кровянистого характера. При ректороманоскопии обнаружены участки катарального воспаления в прямой и сигмовидной кишке, единичные эрозии; остальная поверхность слизистой оболочки бледная, со значительным количеством мелких, желтоватого цвета гранул. При бактериологических и серологических исследованиях на кишечную группу получены отрицательные результаты.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) С каким диагнозом следует проводить дифференциальный диагноз?
- 3) Составьте план обследования и назначьте лечение.
- 4) Каков механизм заражения?

Клиническая задача №7

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 жид-

кий 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- $13,2 \cdot 10^9$ /л, Эр – $5,1 \cdot 10^{12}$ /л, СОЭ –24 мм/час; относительная плотность плазмы крови –1030, гематокрит-55%, калий плазмы –3,2 ммоль/л, натрий плазмы – 130ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

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

Клиническая задача №8

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 тяжёлое. 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 №9

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 №10

Пациентка, 55 лет, рабочая завода. Заболела остро: появился озноб, температура 38,5°C, ломота во всем теле. На следующий день - температура 39°C, озноб, ломота в теле. Отметила темную окраску мочи. С 3-го дня болезни присоединились головная боль, тошнота, ухудшился сон, пропал аппетит, температура держалась 39,8°C. Вызванный врач поставил диагноз «грипп», назначил анальгин, сульфадиметоксин, эритромицин. К вечеру больная отметила появление болей в правой половине живота, зуд и отечность кистей рук. При попытке встать с постели было обморочное состояние. Вызвана «скорая помощь». Врач обнаружил мелкоточечную сыпь в нижних отделах живота и расценил её как аллергическую, назначил глюконат кальция и димедрол. Участковый терапевт при повторном осмотре на 6-й день болезни отметил желтушную окраску кожи и склер, обильную пятнисто-папулезную, местами сливную, зудящую сыпь на руках, животе, ягодицах, гиперемии кистей и стоп, гиперемии слизистой ротоглотки. Отклонений со стороны органов дыхания не было. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 100 уд/мин., АД 100/80 мм.рт.ст. Язык влажный, яркий. Печень выступает на 2 см из-под реберного края. Симптом поколачивания по поясничной области положителен с обеих сторон. Менингеальных явлений нет. На заводе имеются случаи заболевания, сопровождавшиеся жидким стулом.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Укажите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз с вирусным гепатитом, гриппом, осложненным лекарственной болезнью, энтеровирусной инфекцией.
- 3) Составьте план обследования.
- 4) Составьте план лечения.

Клиническая задача №11

Больная А., 29 лет, заболела 8 дней назад, когда появился озноб, слабость, повышение температуры тела до 38-39°C. Со второго дня болезни отметила боль в горле. В анамнезе - частые ангины. Лечилась полосканием горла, анальгином. С 7-го дня болезни появились боли в суставах рук, ног, усиливающиеся при движении. Принимала самостоятельно аспирин, супрастин, эритромицин – без эффекта. На 14 день болезни состояние больной ухудшилось: на голенях появились багрово-синюшные пятна, болезненные на ощупь. Госпитализирована с диагнозом: «грипп, рожистое воспаление голени».

При осмотре: бледна, цианоз губ, румянец щек в виде «бабочки», температура 38,6°C. Задняя стенка глотки гиперемирована, зерниста; миндалины гиперемированы, отечны. Полиаденопатия. Голеностопные, лучезапястные суставы умеренно отечны, болезненны при пальпации. На голенях элементы узловой эритемы. Легкие - без видимой патологии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, пульс 104 уд/мин., АД 110/80 мм.рт.ст. Печень мягкая, выступает из-под реберного края на 1 см, пальпируется селезенка. Из анамнеза: на работе питается в столовой.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Укажите наиболее вероятный диагноз. Проведите дифференциальный диагноз: иерсиниоз, рожа, ревматизм.
- 2) Составьте план обследования.

Клиническая задача №12

Больная Р., 52 лет, доставлена в инфекционную больницу с диагнозом «иерсиниоз». Жалуется на слабость, повышение температуры, обильную сыпь в верхней половине туловища, боль в позвоночнике. Заболела остро 2 дня тому назад, когда появился отек лица, век, зуд кожи, обильная сыпь на туловище, конечностях. К врачу не обращалась. Страдает остеохондрозом, по поводу болей в спине последние два дня принимала анальгин. Объективно: состояние средней тяжести, температура 37,2°C. Лицо и веки отечны. Сыпь обильная, пятнисто-папулезная, уртикарная, местами сливная. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 98 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с диагнозом «иерсиниоз»?
- 2) Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 3) Проведите дифференциальный диагноз.
- 4) Какова тактика ведения больной?

Клиническая задача №13

Больной А., 19 лет, военнослужащий, заболел остро. Появился озноб, головная боль, через несколько часов присоединились боли в животе, рвота, был однократно жидкий стул. Доставлен в хирургическое отделение. При осмотре состояние средней тяжести. Беспокоит головная боль, боль в животе. Бледен. Температура 38,6°C, пульс- 96 уд/мин, ритмичен, АД 140/90 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, болезнен при пальпации, больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина положительный, лейкоцитоз $17,5 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ - 28мм/час. Диагностирован острый аппендицит. Во время операции удален катарально измененный аппендикс. Назначен пенициллин 300 000 ЕД * 3 раза в/м. Ночью не спал из-за сильной головной боли, повторилась рвота, утром появилась заторможенность, сохранялась высокая температура. При осмотре выраженный менингеальный синдром.

ЗАДАНИЕ:

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

Клиническая задача №14

Больной К. 42 лет, заболел после употребления из озера воды, находясь на рыбалке. На следующий день почувствовал слабость, появились тошнота, рвота, схваткообразная боль в животе, частый водянистый стул, пенный, ярко-желтого цвета с легким «кислым» запахом. Нарастала слабость. Температура 37,6°C. Отмечает першение в горле.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Тургор нормальный, отмечается громкое урчание в животе, которое слышно на расстоянии. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 87 уд/мин., ритмичен. Язык влажный, обложен. Отмечается умеренная гиперемия и зернистость слизистой мягкого неба, небных дужек, язычка. При пальпации живота – небольшая болезненность и урчание в параумбиликальной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Укажите наиболее вероятный диагноз:
 - a. ПТИ
 - b. Холера
 - c. Амебиаз
 - d. Ротавирусный гастроэнтерит
 - e. Иерсиниоз
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Назначьте план обследования для уточнения диагноза.

Клиническая задача №15

Больной М., 5 лет, заболел остро с повышением температуры тела до 38,0°C, появления двукратной рвоты, жидкого стула со слизью до 4 раз в день. Участковым педиатром диагностирована кишечная инфекция, назначено лечение. В течение 2 дней состояние ребенка не улучшалось, температура тела повысилась до 38,7°C, стул сохранялся жидким до 3 раз в сутки, появились боли в суставах, мелкоочечная сыпь на туловище и вокруг суставов. Ребенок повторно был осмотрен участковым врачом и направлен в инфекционный стационар.

При поступлении (на 3-й день болезни) состояние больного средней степени тяжести, температура тела 37,8°C. В зеве умеренная разлитая гиперемия, зернистость задней стенки глотки. Язык обложен налетом, влажный. Пальпируются увеличенные шейные и тонзиллярные лимфатические узлы. На коже в области живота, в подмышечных и паховых складках, вокруг коленных и локтевых суставов обильная, яркая мелкоточечная сыпь. Ладони отечны и гиперемированы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в околопупочной и правой подвздошной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка не пальпируется. Мочится свободно. Стул 2 раза в сутки, жидкий, с небольшим количеством слизи.

РНГА с иерсиниозным диагностикумом на 3-й и 10-й день болезни (отрицат.);

РНГА с псевдотуберкулезным диагностикумом (+) в разведении 1:50 (3-й день болезни) и 1:200 (10-й день).

Результаты 3-кратного бактериологического исследования кала на шигеллы, сальмонеллы, УПФ, иерсинии (отрицат.).

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте окончательный клинический диагноз.
- 2) Обоснование диагноза.
- 3) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- 4) Назначьте лечение больному.
- 5) Назовите критерии выписки из стационара.

Клиническая задача №16

Больной Б., 18 лет. Болен 7 дней. Заболевание началось с повышения температуры до 38,8°C, небольшой головной боли, слабости. Врачом поликлиники диагностировано ОРЗ, назначен аспирин. Исчез аппетит, появилась слабость, тошнота, один раз была рвота. Отмечал чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье. Температура нормализовалась к 4 дню, но на 5 день болезни утром обратил внимание на темный цвет мочи.

Госпитализирован с диагнозом: пищевая токсикоинфекция. В приемном отделении больницы при осмотре обнаружены иктеричность склер, увеличение печени и селезенки. Стула не было 3 дня.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с диагнозом врача поликлиники? Если нет, то каков Ваш диагноз? Обоснуйте.
- 2) Укажите необходимые методы лабораторной диагностики в данном случае.
- 3) Составьте план лечения больного.

Клиническая задача №17

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 №18

Больная С., 24 лет, поступила в инфекционную больницу с диагнозом «пищевая токсикоинфекция» в состоянии средней тяжести. Заболела остро 4 дня назад, когда появились боли в животе, учащённый до 3 раз кашицеобразный стул без патологических примесей, першение в горле, температура поднялась до 37,8⁰С. Указанные жалобы сохранялись в течение последующих 2 дней, температура держалась на субфебрильных цифрах. На 3-й день болезни состояние ухудшилось, температура достигла 38,7⁰С, появились сильная головная боль, тошнота, рвота 4 раза в сутки. Объективно: Температура 37,7⁰С. Кожа бледная, сыпи нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, пульс 116 уд/мин., АД – 100/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Миндалины, дужки, задняя стенка глотки гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. В сознании, но загружена, стонет. Менингеальный синдром слабо выражен. Очаговых симптомов нет.

Эпидемиологический анамнез: работает в детском саду, где наблюдались случаи лихорадочных заболеваний, сопровождающихся жидким стулом. Больной произведена люмбальная пункция. Получен прозрачный ликвор, вытекающий под повышенным давлением. Цитоз - 400 клеток в 1 мкл., белок – 0,6 %, в мазке лимфоцитов - 92%, нейтрофилов - 8%.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) Составьте план обследования.
- 3) Назначьте лечение.

Клиническая задача №19

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 №20

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 щипка. 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 №21

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; сулемовая проба - 1,7мл; протромбиновый индекс - 60%. Обнаружены также: НВsAg, НВеAg, anti-НВcore IgG.

ЗАДАНИЕ:

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

Клиническая задача №22

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: НВsAg, 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 №23

К больному С., 40 лет, вызвана «скорая помощь» в связи с резким ухудшением состояния. Из анамнеза известно, что заболевание началось с озноба, головной боли 5 дней назад. Быстро повысилась температура до 39°С, дважды была рвота. По совету знакомого врача, предположившего грипп, принимал ремантадин, после чего на следующий день температура тела снизилась до 37,5°С, обильно потел, но к вечеру температура вновь повысилась до 40,5°С, при этом чувствовал сильную головную боль, тошноту, слабость. В течение следующих дней температура оставалась повышенной, повторялась рвота, отмечал неприятные ощущения в эпигастральной области. Сегодня при высокой температуре появился бред. При

осмотре: состояние тяжелое, бледен, заторможенность, на вопросы отвечает односложно. Зрачки узкие, пульс 106 уд/мин, АД 90/60 мм.рт.ст. Печень и селезенка увеличены, живот мягкий. Нерезко выражен менингеальный синдром. Эпидемиологический анамнез: вернулся из Бенина (Африка), где работал в течение 1 года. С целью профилактики принимал нивахин, после возвращения препарат принимать перестал.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) Чем обусловлена тяжесть, состояния больного?
- 3) Как подтвердить диагноз.
- 4) Какой должна быть тактика врача, к которому обращается больной, недавно прибывший из стран тропическим климатом.

Клиническая задача №24

Больная Ж., 48 лет, 4 августа обратилась к врачу по поводу высокой температуры на 4-й день болезни. Беспокоила головная боль, жар, озноб, потливость после понижения температуры. Диагностирован «грипп» рекомендована симптоматическая терапия. На 5-й день болезни состояние удовлетворительное, температура нормальная. Однако, на следующий день температура вновь с ознобом повысилась до 39°C. При осмотре: состояние средней тяжести, обильно потеет, температура 37,3°C. При осмотре выявлена умеренная тахикардия, увеличение печени и селезенки. Контакт с лихорадящими больными не имела. От госпитализации отказалась.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- 3) Составьте план обследования.

Клиническая задача №25

Больной М., 28 лет, матрос, поступил в больницу с диагнозом «грипп» на 4 день болезни. Жалобы при поступлении на слабость, ломоту в теле, повышение температуры до 40°C, потливость, головную боль в течение всех дней. При осмотре состояние средней тяжести; кожа чистая, обычного цвета. Субиктеричность склер. Язык обложен. Лимфатические узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. АД 110/60 мм.рт.ст. Пульс 100 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца чистые, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 2,5 см, пальпируется увеличенная селезенка. По органам мочевыделительной системы и ЦНС патологии не выявлено. Из эпидемиологического анамнеза известно, что месяц назад был в Юго-Восточной Азии с экипажем корабля.

В больнице был установлен диагноз, подтвержденный обнаружением в толстой капле крови плазмодиев тропической малярии (трофозоиты и шизонты до 200 на 100 лейкоцитов). Больному был назначен делагил (вначале в таблетках, а затем в виде 5% раствора в/в). В течение последующих 3-х дней температура сохранялась до 39°C - 40°C, при повторном исследовании толстой капли крови количество паразитов сохранялась прежним.

ЗАДАНИЕ:

- 1) В чем причины отсутствия терапевтического эффекта от применения далагила?
- 2) Какова дальнейшая тактика врача?
- 3) Составьте план лечения.
- 4) Составьте план обследования.

Клиническая задача №26

Больная Р., 72 лет, работница прачечной, обратилась к врачу на 5-й день болезни с жалобами на головную боль, высокую температуру, сильную слабость. Заболела остро 20.01. - был озноб, температура повысилась до 38,2°C. Появились головная боль, тошнота, головокружение. Принимала аналгин и папазол, но лучше не стало. Ночью спала плохо, испытывала беспокойство, потребность «куда-то идти, что-то предпринять».

Состояние средней тяжести, многословна, эйфорична. Лицо гиперемировано, блеск глаз. Конъюнктивы инъекцированы, на переходной складке единичные кровоизлияния. Цианоз губ. На коже обильная, яркая розеолезно-петехиальная сыпь. Тремор рук и языка при его высывании. Язык обложен, сухой. Пульс 100 ударов в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, в легких без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируются печень и селезенка. Менингеальных симптомов нет. Из перенесенных заболеваний: в 1943г - сыпной тиф, ежегодно ОРЗ, грипп. Госпитализирована с подозрением на брюшной тиф.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с диагнозом?
- 2) Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 3) Проведите дифференциальный диагноз.
- 4) Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача №27

Больной И., 32 лет обратился к участковому врачу на 5-й день болезни с жалобами на головную боль, высокую температуру, сильную слабость, появление сыпи на теле. Заболел остро 26.08.: был сильный озноб, повышение температуры до 38,6°C. Появились головная боль, головокружение, нарушился сон, были устрашающие сновидения. Принимал аспирин, парацетамол, однако облегчения не наступало, усилилась головная боль, болели мышцы и суставы, на 4-й день болезни, 29.08., на теле появилась сыпь. При осмотре врача: состояние средней тяжести, температура тела 38,8°C, лицо гиперемировано, одутловато, конъюнктивы инъекцированы, склерит, небольшой цианоз губ. На коже туловища и конечностей – обильная розеолезно-папулезная сыпь, единичные петехии на боковых поверхностях грудной клетки, ладонные и подошвенные поверхности свободны от сыпи. В области правого предплечья – возвышающийся над поверхностью кожи небольшой инфильтрат с некрозом в центре, покрытый темной корочкой. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, пульс 72 удара в минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Сознание ясное, менингеальных знаков и очаговой симптоматики нет. Из эпиданамнеза известно: геодезист, 20.08. вернулся из командировки в Кеминском районе, где работал в лесной местности. Был случай присасывания клеща. Госпитализирован в инфекционную больницу с подозрением на менингококковую инфекцию.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Какие симптомы противоречат предполагаемому диагнозу?
- 2) Установите и обоснуйте диагноз.
- 3) Какова тактика лечения больного?

Клиническая задача №28

Больной К., 38 лет, поступил в больницу с жалобами на кашель с небольшим количеством мокроты, головную боль, потливость. Заболел 5 дней назад: озноб, температура - 38,5°C, на следующий день появилось першение и боль в горле при глотании, с 4 дня болезни – кашель, боли в суставах. Контакт с инфекционными больными, не имел, работает на животноводческой ферме. Состояние на момент осмотра средней тяжести, температура - 38,8°C, лицо гиперемировано, конъюнктивы инъецированы, слизистая ротоглотки гиперемирована, отечна. При перкуссии грудной клетки небольшое укорочение перкуторного звука справа в нижнем отделе, там же жесткое дыхание, единичные сухие и влажные хрипы. Пульс – 84 уд/мин., АД 100/60 мм.рт.ст. Печень и селезенка увеличены.

Анализ крови: Лейкоциты – $4,6 \times 10^9$ /л, п/я – 19%, с/я – 49%, лимфоциты – 26%, моноциты – 6%, СОЭ – 24 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: правосторонняя интерстициальная пневмония.

ЗАДАНИЕ.

- 1) Укажите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз: пневмококковая пневмония; орнитоз; Ку-лихорадка; легионеллез; грипп, осложненный пневмонией.
- 2) Составьте план обследования.
- 3) Назначьте этиотропную терапию.

Клиническая задача №29

Больной Р., 42 лет, в течение года живет в городе, до этого жил в Таджикистане. Поступил в стационар по «скорой помощи», с подозрением на сепсис. Жалобы на слабость, потливость, ознобы. Заболел 4 месяца назад, когда постепенно появились познабливание, утомляемость, субфебрильная температура, которая достигла 39°C, ухудшился аппетит, больной значительно похудел. Неоднократно обращался к врачу, - подозревалось заболевание крови, однако диагноз не подтвердился. При осмотре состояние средней тяжести. Бледен. Обращает на себя внимание землисто-серая окраска кожи. Кахексия. В легких - без патологии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 84 уд/мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Язык обложен. На миндалинах, в области небных дужек эрозии и язвы, покрытые грязно-серым налетом. Живот втянут, болезненный. Печень увеличена на 20 см, плотная, селезенка выступает из подреберья на 5,0см, плотная. Дизурических явлений нет. Со стороны ЦНС патологии нет.

Анализ крови: Нв-96г/л, эрит- $3,2 \times 10^{12}$ /л, тромб.- 156×10^9 /л, лейкоц- $3,4 \times 10^9$ /л, э.-0, п/я-1%, с/я-28%, лимф-59%, мон-12%, СОЭ-54 мм/час.

ЗАДАНИЕ.

- 1) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Составьте план обследования.

Клиническая задача №30

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 №31

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 познобливания 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 №32

Больной Д., 25 лет обратился к врачу на пятый день болезни с жалобами на повышение температуры, головную боль, боли в мышцах. Заболел остро: появился озноб, головная боль, боли в мышцах, слабость, температура повысилась до 38,5°C. В последующие дни температура оставалась высокой, больной почти не спал. Со 2-го дня болезни заметил плотное болезненное образование в левой подмышечной области. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,2°C. Лицо гиперемировано, одутловато, склеры и конъюнктивы инъектированы. В левой подмышечной впадине пальпируется плотный умеренно болезненный лимфоузел размерами 3*4 см с четкими контурами, кожа над ним не изменена. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено. Очаговых и менингеальных симптомов нет. Эпиданамнез: за 4 дня до заболевания ездил на охоту в лесную местность, подстрелил зайца, разделывал его тушку.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Можно ли думать о чуме и на основании чего? Проведите дифференциальную диагностику.
- 3) Составьте план обследования и лечения
- 4) Каковы механизмы передачи данной инфекции и их связь с клиническими формами болезни?

Клиническая задача №33

Больной К., 47 лет, поступил в больницу на 8 день болезни с диагнозом: «Лакунарная ангина? Дифтерия?». Заболел 20.07 утром - появилось недомогание, слабость, озноб, температура - 37,5°C. К вечеру самочувствие ухудшилось, температура повысилась до 39°C, беспокоила сильная головная боль, ломота в мышцах и костях, вызванный на дом врач, диагностировал грипп, рекомендовал обильное питье, прием аспирина, димедрола. В последующие 2 дня существенных изменений в состоянии не произошло. 23.07 присоединилась небольшая боль в горле (справа) при глотании, а 24.07 припухлость шеи с той же стороны. При повторном осмотре врач диагностировал ангину и назначил эритромицин. Температура оставалась высокой (38,5-39°C), сохранялась умеренная боль в горле, припухлость шеи справа нарастала. Предложена госпитализация. При осмотре в отделении больницы состояние средней тяжести. Склерит, конъюнктивит. Рот открывает свободно. Правая миндалина увеличена до 2-й степени, гиперемирована, покрыта на 2/3 серовато-белым, с трудом снимающимся налетом. Подчелюстной лимфатический узел справа значительно увеличен, имеет четкие контуры, плотноватый, подвижный, при пальпации слегка болезненный, кожа над ним не изменена. Пальпируются незначительно увеличенные заднешейные лимфатические узлы справа. Другие периферические лимфоузлы не увеличены. В легких, сердце – без патологии. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочится достаточно. Стул за время болезни 2 раза, оформленный, обычного цвета. Сознание ясное. Менингеальных симптомов нет. При уточнении диагноза выяснено, что все лето живет в деревне, пьет не кипяченую воду. В доме много мышей. Замечал их помет на посуде и в хлебнице.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.

- 3) Наметьте план обследования и лечения.
- 4) Каков механизм заражения в данном случае?

Клиническая задача №34

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 №35

Больной К., 25 лет, заболел 25.08 когда во второй половине дня появились: сильный озноб, жар, головная боль, ломота в теле, однократная рвота. Температура повысилась до 39,5°C. На 3-й день болезни состояние больного ухудшилось, на коже появились красные пятна, было носовое кровотечение. Госпитализирован «скорой помощью» с подозрением на менингококцемию.

В августе отдыхал в Южном регионе, в сельской местности. Вернулся в город за день до заболевания. За время отдыха дважды обнаруживал присасывающихся клещей. Состояние при поступлении тяжелое. Бледен, лицо одутловато. На туловище необильная петехиальная сыпь. Кровоизлияние в склеры, слизистую оболочку мягкого неба. Во время осмотра появилось носовое кровотечение. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс-110 уд/мин, АД 90/50 мм.рт.ст. Язык обложен. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована. Десны кровоточат. Стул со слов больного был утром, кашицеобразный, темного цвета. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Больной в сознании, возбужден. Слабо выражена ригидность мышц затылка.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Установите и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- 3) Какие правила безопасности необходимо соблюдать при уходе за больным?

Клиническая задача №36

Больной Х., 32 лет, заболел, возвращаясь из поездки в Уганду (Центральная Африка), где он находился в течение 2-х недель; по роду работы выходил в джунгли. При посадке в самолет почувствовал себя плохо: появился озноб, головная боль, боли в мышцах спины, нижних конечностях, пояснице. Во время перелета самочувствие продолжало ухудшаться: появилась тошнота, несколько раз была рвота, беспокоила жажда, светобоязнь, моча приобрела красноватый оттенок. Сразу по прилете доставлен в медицинский пункт аэропорта. При осмотре: состояние тяжелое, температура 40°C, больной беспокоен, стонет, пытается встать, обращенную речь понимает плохо, на вопросы не отвечает, но команды выполняет. Лицо и шея ярко гиперемированы, глаза «налиты кровью», блестят. В момент осмотра носовое кровотечение. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД- 24 в мин, пульс- 126 уд/мин, АД 100/60 мм.рт.ст. Слизистая оболочка полости рта и языка ярко гиперемирована, отечна. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 0,5 см. Селезенку пальпировать не удалось. Сомнительные ригидность мышц затылка и симптом Кернига.

ЗАДАНИЕ:

- 1) О каких наиболее вероятных заболеваниях следует думать?
- 2) Какова должна быть тактика врача медицинского пункта?
- 3) Какие исследования необходимо провести?

Клиническая задача №37

Больной В., 40 лет, поступил в терапевтическое отделение больницы с диагнозом «острый пиелонефрит» 10.09. При поступлении жалуется на головную боль, тошноту, боли в животе и пояснице. Заболел 6.09 остро: появилась головная боль, озноб, боли в мышцах, температура повысилась до 39,4°C. Был диагностирован грипп. Лечился бисептолом, состояние не улучшалось. Из-за сильной жажды и сухости во рту пил много жидкости. 9.09 температура снизилась до 37,6°C, но состояние ухудшилось. Появились сильные боли в животе и пояснице, тошнота, отметил уменьшение количества мочи. Повторно вызвал врача, который направил больного в стационар.

Контакта с больными не имел. В течение второй половины августа жил на даче в сельской местности. Пил сырую воду из колодца. На посуде, газовой плите обнаруживал мышинный помет. Состояние при поступлении тяжелое. Лицо гиперемировано, конъюнктивы и склеры инъектированы. Кровоизлияние в склере левого глаза. В аксиллярных областях небольшое количество петехий, расположенных полосками. В легких – везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены. Пульс 64 уд/мин. АД 130/90. Язык обложен, суховат. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в правом и левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень +2см. В течение 6 часов не мочился. Мочевой пузырь пуст. Пальпация поясничной области резко болезненна. Больной в сознании, но заторможен, адинамичен. Менингеальных и очаговых симптомов нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 3) С какими заболеваниями необходимо поводить дифференциальный диагноз?
- 4) Составьте план обследования.

Клиническая задача №38

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 №39

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, адинамична, 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 № 40

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 №41

Больной С., 30 лет, в июне поступил в неврологическое отделение с жалобами на повышение температуры, головную боль. Болен 4-й день: вначале температура повысилась до 37,5°C, а затем достигла 38–38,5°C. Появилась головная боль, тошнота, 2 раза была рвота. За 2 недели до болезни был в туристическом походе по Алтаю, жил в палатке. При осмотре: сыпи нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, АД 120/75 мм.рт.ст., пульс 92 уд/мин. Печень и селезенка не увеличены. Умеренно выраженная ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

При диагностической люмбальной пункции получен ликвор следующего состава: цитоз - 283 лейкоцита в 1 мкл, белок-0,9 г/л, реакция Панди +++, в мазке -88% лимфоцитов, 12% нейтрофилов.

Проведенное лечение: 5% р-р глюкозы с витаминами по 1000,0 мл, в/в, лазикс 40 мг.- в/в *1р., анальгин 50% -2,0 в/м*2р.

На фоне проводимой терапии головная боль и менингеальные симптомы уменьшились, но появился парез левой руки, признаки атрофии шейно-плечевой мускулатуры слева, больной с трудом наклоняет голову влево.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Укажите и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) Укажите исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
- 3) Проведите дифференциальный диагноз.

Клиническая задача №42

В медпункт вокзала обратилась беженка (14 лет) из Таджикистана с жалобами на сильную головную боль, боль в мышцах. Температура 38,8°C. Больна 3-й день, болезнь началась с повышения температуры, болей в горле, в животе, дважды был жидкий стул. В поезде состояние ухудшилось, обратилась за медицинской помощью. Госпитализирована с диагнозом: «пищевая токсикоинфекция». В стационаре на следующий день температура нормализовалась. Утром не смогла встать с постели из-за резкой слабости в ногах. При осмотре выявлен парез мышц бедра справа со снижением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, парез левой икроножной мышцы и прямой мышцы живота справа.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его

- 2) Сформулируйте дополнительные вопросы по анамнезу для уточнения диагноза.
- 3) Назначьте дополнительные обследования.

Клиническая задача №43

Больной В., 18 лет, студент техникума, доставлен в психиатрическую больницу 28 августа с диагнозом: «Острый психоз? Алкогольный делирий?». Болен 3-й день: появилось беспокойство, раздражительность, боль в ногах, температура 37,5°C, плохой сон. Сегодня состояние ухудшилось: появилось затруднение дыхания («спазмы»), обильное слюноотделение, расстройство глотания, резкая возбудимость, чувство страха. При осмотре: беспокоен, не вполне адекватен, вздрагивает от прикосновений и громких звуков, с развитием спазмов дыхания и глотания. При попытке пить воду из стакана возникает спазм мышц шеи. Зрачки расширены, глаза блуждают. АД 100/50 мм.рт.ст., пульс-130 уд/мин, температура 38,6°C. Частота дыхания до 38/минуту. Контакт с инфекционными больными не имел. Дома была собака, которая в июле умерла от «чумки». К врачу не обращался.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Ваши предположения о диагнозе? Обоснуйте.
- 2) Как можно подтвердить диагноз?
- 3) Принципы ведения больного.

Клиническая задача №44

Больной В., 25 лет, обратился к стоматологу в поликлинику в связи с затруднением при открывании рта. Стоматолог патологии не выявил, но отметил, что больной открывает рот не более чем на 3 см и направил его к неврологу. Невролог отметил оживление сухожильных рефлексов и рекомендовал успокаивающую микстуру с валерьяной и пустырником. На следующий день больной вновь обратился в поликлинику к терапевту в связи с полной невозможностью открывать рот и появлением затруднения при дыхании. Температура 37,5°C. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Пульс – 88 уд/мин, АД 130/85 мм.рт.ст. В амбулаторной карте терапевт отметил неадекватность поведения больного, проявляющееся в «немотивированной улыбке». Не получив помощи, больной обратился к хирургу, который выяснил, что за 10 дней до начала болезни больной получил ссадину левой голени во время игры в футбол, и после осмотра, беседы установил диагноз.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Какой диагноз установил хирург? Обоснуйте его.
- 2) Терапевтическая тактика.
- 3) Появления каких симптомов возможно ожидать при отсутствии медицинской помощи?
- 4) Каков патогенез данного заболевания?

Клиническая задача №45

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 №46

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 №47

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 №48

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 №49

Больной 3-х лет, посещает детский сад. За последние дни из группы выведено 4 ребенка с выраженными катаральными явлениями. Данный больной заболел с повышением температуры до 37°C, насморк. 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 №50

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: Нв - 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 №51

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. Аффония, 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 №52

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 №53

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 №54

Больной Н. 37 лет, заболел постепенно, стал отмечать неприятные ощущения, чувство онемения стоп, затем кистей, боли в конечностях. Через несколько дней появились слабость в ногах, а затем в руках. Примерно через 2 недели не смог ходить и обратился к врачу. Осмотрен на дому неврологом и госпитализирован с диагнозом «алкогольная полиневропатия» в неврологическое отделение. Перенес корь, ветряную оспу, грипп. За 3 месяца до болезни перенес токсическую дифтерию ротоглотки. Алкоголем злоупотребляет с 27 лет. В отделении несмотря на лечение развился тетрапарез, двусторонний парез диафрагмы, дыхательная недостаточность, пневмония. В течение 2 недель находился на ИВЛ. Выписан через 4,5 месяца с остаточными явлениями тетрапареза (снижение мышечной силы в конечностях).

ЗАДАНИЕ:

- 1) Правильно ли установлен направительный диагноз?
- 2) Каков механизм поражения ЦНС? Каков прогноз болезни?

Клиническая задача №55

Больная И., 20 лет, студентка, заболела остро, появились познабливание, слабость, головная боль, температура 39,2°C. На 2-й день почувствовала боль в горле при глотании. При помощи зеркала увидела налеты на миндалинах. К врачу не обращалась, самостоятельно поставила диагноз «ангина» и лечилась антибиотиками. На 3-й день болезни обратила внимание на отек шеи. К 5-му дню температура нормализовалась, но оставалась слабость. После окончания каникул (на 10 день болезни) приступила к занятиям. Чувствовала себя неважно, беспокоили неприятные ощущения за грудиной, перебои в сердце. Обратилась к врачу поликлиники (16 день болезни), где была отмечена аритмия, глухость тонов сердца, брадикардия, в связи с чем была направлена на ЭКГ. При подъеме по лестнице на 5 этаж наступила внезапная смерть.

На вскрытии обнаружена картина острого диффузного миокардита.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2) Объясните причину внезапной смерти с точки зрения патогенеза болезни.

Клиническая задача №56

Девочка 6 лет, из многодетной семьи, документа на ребенка нет. Заболела с подъема температуры до 39°C, жаловалась на боль в горле, головную боль. Обратились к врачу только на 5 день болезни. Немедленно ребенок был госпитализирован в стационар. Состояние при поступлении очень тяжелое: резко бледен, мраморность на туловище, конечностях, ладони и стопы холодные. Симптом "белого пятна" 12 сек., АД 80/40 мм.рт.ст, дыхание затруднено, голос с носовым оттенком. В зеве выраженный отек, миндалины III степени, покрыты серыми плотными пластами, которые не снимаются с миндалин и переходят на дужки и мягкое небо. Тонзиллярные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. Отек от подчелюстной области спускается ниже ключиц с обеих сторон. Тоны сердца глухие. Олигурия. Из носовых ходов торчат корки и пленки. На лице корочки и эрозивная поверхность. На 7 день болезни состояние еще более ухудшилось. Повторяется рвота, резкая тахикардия, вновь стало снижаться АД 70/40 мм.рт.ст., границы сердца расширены во все стороны, выслушиваются экстрасистолы, печень увеличилась до 3 см.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте клинический диагноз.
- 2) Назначьте обследование.
- 3) В каком отделении будете проводить лечение?
- 4) Лечение.
- 5) Следует ли прививать в дальнейшем ребенка от данного заболевания и как?

Клиническая задача №57

Ребенку 7 лет. Страдает нейродермитом, повторными ОРВИ, ангинами. Заболел остро с повышения температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$ - 39°C , выраженной боли в горле, головной боли, рвоты, слабости. К врачу обратились на 2 день болезни. При осмотре выявлена яркая гиперемия слизистой ротоглотки, миндалины II степени, покрыты толстыми серыми пленками, сплошь покрывающими миндалины, располагаются «+» ткань. Тонзиллярные лимфатические узлы до 2 см. Предложено лечение в стационаре. Но родители отказались от госпитализации. На следующий день (3 день болезни) состояние еще более ухудшилось, больной госпитализирован.

Состояние тяжелое, бледен, была двукратная рвота, температура $37,2^{\circ}\text{C}$. Гиперемия слизистой ротоглотки застойная, миндалины III степени, покрыты сплошными, серого цвета налетами, переходящими на дужки, мягкое небо, не снимаются. Отек слизистой ротоглотки выраженный. Тонзиллярные лимфоузлы до 4–5 см., плотные, болезненные. Отчетливо виден отек подкожной клетчатки до середины шеи справа и до ключицы - слева. Тоны сердца приглушены. Другой патологии не выявлено.

ЗАДАНИЕ.

- 1) Укажите, были ли изначально показания для госпитализации этого больного.
- 2) Поставьте клинический диагноз.
- 3) Обоснуйте диагноз
- 4) Назначьте полное обследование в отделении
- 5) Назначьте специфическое и этиотропное лечение этому больному.

Клиническая задача №58

Девочка 8 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на боль в горле при глотании и повышение температура тела до $37,5^{\circ}\text{C}$. Участковый врач диагностировал лакунарный тонзиллит, взял мазок на коринебактерии дифтерии, назначил лечение (полоскание горла раствором фурацилина, ампициллин по 200 тыс. 4 раза в сутки внутрь). Наложения на миндалины сохранялись в течение недели в виде островков, довольно легко снимались шпатель, но не полностью растирались между предметными стеклами. Температура тела снизилась до нормальных цифр. Из прививочного анамнеза известно, что в 3 месяца девочка была привита против дифтерии АКДС – вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов. Вторую вакцинацию ребенок получил в 5 месяцев АДС– М анатоксином, первую ревакцинацию - в 1 год 6 месяцев – АДСМ анатоксином. В 7 лет ревакцинация не проводилась.

В посеве слизи из зева и носа выделена коринебактерия дифтерии митис токсигенная.

Общий анализ крови: Нв - 156 г/л, Эр – $5,1 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП – 1,0, Лейк – $9,6 \cdot 10^9$ /л; п/я-4%, с/я-65%, лимф. - %, мон-12%, СОЭ- 16 мм/час

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Дайте характеристику возбудителя.
- 3) Объясните патогенез заболевания.
- 4) Проведите дифференциальный диагноз.
- 5) Назначьте лечение.

Клиническая задача №59

Ребенок 5 лет, заболел остро во второй половине дня в детском саду с повышения 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 №60

Ребенок 4 лет заболел остро с повышения 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, гиперемизированы, на туловище, сгибательных поверхностях конечностей обильная мелкоочечная 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: Нв - 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 №61

Больной 37 лет обратился в медпункт гостиницы с жалобами на головную боль, боль в мышцах, резкую слабость, повышение температуры до 39,5°C, сухой кашель. Болен 2 день, заболел остро. Проживает в гостинице в течение 7 дней, участник конференции. Заседание происходит в конференц-зале гостиницы, оборудованной системой кондиционирования воздуха. Судя по записям в журнале регистрации больных мед. пункта за последние 3-ое суток со сходными жалобами обратилось 12 участников конференции. Повторных обращений не было.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его, укажите необходимые исследования для уточнения диагноза.
- 2) О каком механизме распространения инфекции можно думать?
- 3) Какие меры необходимо предпринять для предупреждения дальнейшего распространения болезни.

Задача №62

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: Нв - 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 №63

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 гиперемии 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 №64

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, гиперемированы, 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 карантина 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 №65

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 №66

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: Нб - 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 №67

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 №68

Больной Н., 19 лет, студент, обратился к отоларингологу поликлиники с жалобами на боль в горле при глотании, неприятные ощущения в области шеи, повышение температуры до 37,4°C, которые появились три дня назад. При осмотре выявлена лакунарная ангина и увеличение передне- и заднешейных лимфатических узлов до 1x0,5 см. Одновременно отмечена иктеричность склер и потемнение мочи. Был госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «вирусный гепатит». В отделении при более внимательном осмотре и изучении анамнеза было выяснено, что отмечал слабость, познабливание, потливость, повышение температуры уже в течение 10 дней. 3 дня назад усилилась боль в горле при глотании, температура повысилась до 38°C. Дважды обращался с этими жалобами к врачу студенческой поликлиники, по рекомендации которого принимал аспирин, продолжал посещать занятия в институте. При осмотре в приемном отделении больницы объективно обнаружены: легкая желтушность кожи и слизистых, пастозность лица, полиаденит с преимущественным увеличением заднешейных лимфатических узлов, лакунарная ангина, увеличение печени и селезенки. Врач приемного покоя усомнился в диагнозе острого гепатита. Гемограмма: лейкоциты – $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$; п/я-10%; с/я – 20%; лимф.-62%; мон.- 8%; СОЭ-17мм/час. Среди лимфоцитов 37% атипичных мононуклеаров. Биохимический анализ крови: билирубин свободный-25 мкмоль/л, связанный- 6,3 мкмоль/л, АЛТ-629 ЕД/л, АСТ-435 ЕД/л.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Проведите дифференциальный диагноз с вирусным гепатитом.

Клиническая задача №69

Больная В., 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на боль в крупных суставах рук, ног, слабость, потливость, раздражительность. Считает себя больной около 2 лет, когда стала беспокоить боль в суставах, временами повышалась температура до 37,3°C-37,5°C. Амбулаторно диагностирован ревматоидный полиартрит. Лечилась аспирином с временным улучшением. Ухудшение состояния наступило месяц назад, когда усилились слабость, потливость, обострилась боль в суставах, появилась раздражительность, что и заставило вновь обратиться к врачу.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа повышенной влажности, без сыпи. Лимфоузлы мелкие, плотноватые. В подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области определяются плотноватые образования величиной до фасоли. Левый плечевой, правый коленный и голеностопный суставы увеличены в объеме, контуры их сглажены, движения в

них ограничены и болезненны. Печень и селезенка не увеличены. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс- 76 уд/мин. АД –120/70 мм.рт.ст. Больная эмоционально неустойчива, плаксива. Менингеальных симптомов поражения нервной системы нет.

ЗАДАНИЕ.

- 1) Согласны ли Вы с амбулаторным диагнозом? Укажите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз с ревматоидным полиартритом.
- 3) Каков патогенез образований в подкожной клетчатке? Как они называются?

Клиническая задача №70

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 №71

Больная Л., 26 лет, рабочая рыбокомбината, направлена в инфекционную больницу с диагнозом «рожа левой кисти». Состояние при поступлении удовлетворительное. Жалобы на зуд и жжение в области среднего пальца левой кисти. Больна 3-й день, болезнь началась с появления указанных выше жалоб, небольшого недомогания, повышения температуры до 37,6°C. Обратила внимание на покраснение кожи среднего пальца левой кисти, который за 2 дня до заболевания уколола рыбной костью.

При осмотре в области ладонной поверхности среднего пальца участок эритемы багрового цвета, распространяющийся на ладонную поверхность кисти. Края эритемы четкие,

приподнятые, кожа на пораженном участке инфильтрирована, безболезненна при пальпации. Среднефаланговый сустав опух, движения болезненны.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Назначьте лечение.

Клиническая задача №72

Больной Ц., 30 лет, наблюдается врачом поликлиники в течение 4 дней с диагнозом «грипп». Вызвал врача повторно в связи с ухудшением состояния. Из анамнеза известно, что заболел 20.08, когда появился озноб, температура 39,0°C, отметил сильную боль в мышцах, головную боль, рвоту. Принимал различные препараты, в том числе тетрациклин (2–3 таблетки), температура снизилась до 37,8°C, и больной решил, что выздоравливает. Но 24.08 состояние ухудшилось, усилилась головная боль, возобновилась рвота. При осмотре обращает на себя внимание инъекция сосудов конъюнктив, иктеричность склер, гиперемия лица, увеличение печени. Отмечается гиперестезия мышц, выраженная ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и нижний симптом Брудзинского. Температура 38,6°C. За 10 дней до заболевания рыбачил на озере, купался, пил сырую воду. Госпитализирован с диагнозом: «менингит».

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2) С чем связано ухудшение состояния больного?
- 3) Составьте план обследования.
- 4) Какие изменения спинномозговой жидкости характерны для менингита при лептоспирозе?
- 5) Какие органы наиболее часто поражаются при данной болезни?

Клиническая задача №73

Больная С., 42 лет, заболела остро около 10 дней назад с озноба и подъёма температуры до 40°C., беспокоили мышечные боли и боли в суставах. В течение последующих 3-х дней сохранялась высокая (до 40,2°C) температура, с колебаниями в течение дня до 2,5-3°C. Снижение температуры сопровождалось обильным потоотделением. К врачу не обращалась, т.к. несмотря на высокую температуру, субъективно чувствовала себя неплохо и не позволяли хозяйственные дела. На 4-й день болезни температура снизилась до 37,7°C и держалась на субфебрильных цифрах с колебаниями до 0,5°C в течение 5 дней, продолжала беспокоить потливость. В дальнейшем температура с ознобом вновь поднялась до 40,1°C, появились боли в крестце, в коленных суставах, по поводу чего обратилась к врачу поликлиники.

Из эпиданамнеза известно, что больная по профессии ветеринарный врач.

Объективно: кожа обычной окраски, влажная, сыпи нет. Температура 39,7°C. Пальпируются мелкие лимфоузлы, безболезненные, мягко-эластической консистенции. Суставы внешне не изменены. Движения в коленных суставах болезненны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс 108 уд/мин., удовлетвори-

тельного наполнения, АД –110/70 мм.рт.ст. Appetit не снижен. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень на 2см выступают из-под края реберной дуги. Пальпируется селезенка. Больная эмоционально лабильна, раздражительна.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Наметьте план обследования больной.

Клиническая задача №74

Больной С., 28 лет, работник мясокомбината, постоянно проживает в городе, обратился в поликлинику 10.07 с жалобами на озноб, сильную головную боль, боли в икроножных мышцах. Заболел 3 дня назад остро с появления потрясающего озноба, головной боли, болей в пояснице, мышечных болей. Сегодня отметил темный цвет мочи и желтушность склер, а также усиление болей в пояснице, снижение диуреза (последний раз мочился необильно накануне вечера). Температура сохранялась 38,5-39°C. Врач при осмотре отметил умеренную желтуху слизистых и кожи. Лицо одутловато, кровоизлияния в конъюнктивы. При пальпации икроножных мышц и спины отмечает умеренную боль. Суставы не изменены. Пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм.рт.ст. Печень пальпируется на 1.5-2см ниже края реберной дуги. Кал окрашен, моча темная. Положительный симптом поколачивания по поясничной области с обеих сторон. Врачом заподозрена тяжелая форма вирусного гепатита.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с этим диагнозом? Ваши предположения.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача №75

Больная Е., 32 лет, свинарка, госпитализирована в инфекционную больницу, с диагнозом «сыпной тиф» на 6 день болезни. Заболела 17.07, когда отмечала слабость, озноб. Боли в ногах, в поясничной области. Температуру не измеряла, продолжала работать. 20.07 температура повысилась до 38°C, появилась головная боль, рвота, боли в спине, ногах усилились. Обратилась к терапевту, где был диагностирован «грипп». 23.07 состояние ухудшилось, на коже появилась сыпь, температура 39°C и больная была направлена на госпитализацию. При поступлении состояние средней тяжести, температура 39,6°C. Склеры инъецированы, субиктеричны. На коже груди немногочисленные петехиальные элементы. В легких – хрипов нет. Пульс – 120уд/мин. АД 120/90. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 1,5 см. Поражения мочевыделительных органов и ЦНС нет. Пальпация икроножных мышц болезненна.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Каков механизм заражения в данном случае?
- 4) Каков патогенез мышечных болей при данном заболевании?

Клиническая задача №76

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 №77

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 блестит. В паховой области пальпируются увеличенные, болезненные лимфатические узлы.

ЗАДАНИЕ:

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

Клиническая задача №78

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 отекая. 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 №79

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 отекая, 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.

Клиническая задача №80

В инфекционную больницу поступил больной Р., 28 лет, с жалобами на высокую температуру тела (до 40⁰С), головную боль, периодическую рвоту, одышку. При осмотре: состояние тяжелое, истощен, бледен, акроцианоз. Периферические лимфоузлы увеличены до 1–1,5 см, преимущественно в шейной области, плотные, подвижные, безболезненные. Одышка (ЧД 28 в мин.), при аускультации дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения. Печень выступает из-под правой реберной дуги на 2,5 см, пальпируется селезенка. Больной дезориентирован в месте, времени, собственной личности. Выявлен правосторонний гемипарез. Периодически возникают генерализованные судороги. Менингеальных симптомов нет. Родственник, сопровождавший больного, сказал, что тот состоит на учете по поводу ВИЧ-инфекции 3 года. Ухудшение состояния наступило около 3 недель назад, когда появились головные боли и высокая температура, а затем - рвота, судороги, дезориентация.

При лабораторном исследовании в иммунном статусе отмечается значительное снижение количества CD4 лимфоцитов (до 50 кл в мкл). При исследовании крови - анемия, лейкопения. При проведении компьютерной томографии головного мозга в коре мозга обнаружено несколько кольцевидных уплотнений, окруженных отеком ткани.

ЗАДАНИЕ:

- 1) С чем может быть связано ухудшение состояния больного ВИЧ-инфекцией?
- 2) Назначьте обследование.
- 3) Какова тактика ведения больного?
- 4) Прогноз.

Клиническая задача №81

К гастроэнтерологу обратился больной Ф., 25 лет с жалобами на частый жидкий стул в течение полугода, слабость, потерю веса на 17 кг. Из анамнеза заболевания удалось установить, что 5—6 месяцев назад у больного было «пищевое отравление»: тошнота, боль в животе, жидкий стул до 10 раз, рвота, повышение температуры тела. Эти явления исчезли через 2—3 дня, но в последующем вновь стал появляться жидкий стул, который становился все более частым. Иногда диарея продолжалась до 10 дней с частотой стула до 15 раз. Принимал различные препараты с временным эффектом. Стал ощущать слабость. К врачу обратился впервые. Из анамнеза жизни: до 22 лет был здоров. В последние 3 года дважды перенес пневмонию, лихорадил, возникал кандидоз полости рта. Объективно: истощен, бледен, «заеды» в углах рта, афтозный стоматит. В легких дыхание везикулярное, сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 78 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, слегка болезненный по ходу толстого кишечника, при пальпации урчание. Стул — водянистый, желтого цвета, без примесей. С диагнозом «дисбактериоз кишечника» направлен на госпитализацию в гастроэнтерологическое отделение.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с этим диагнозом? Выскажите свои предположения и обоснуйте их.
- 2) Какую информацию необходимо получить при сборе эпиданамнеза?
- 3) План обследования.
- 4) Прогноз. Тактика ведения.

Клиническая задача №83

Больная Ц., 47 лет, медсестра, поступила в стационар с жалобами на слабость, сухой кашель, одышку, повышение температуры до 38°C, жидкий стул. Заболела 2 недели назад, когда повысилась температура до 38,7°C, появился сухой редкий кашель. Врач диагностировал грипп, бронхит и назначил оксациллин. На фоне лечения состояние больной продолжало постепенно ухудшаться, температура сохранялась на уровне 38°C, кашель стал частым, появилась одышка. На 12 день болезни больной сделана рентгенография грудной клетки, где выявлена очаговая пневмония и больная направлена в стационар. Из анамнеза – последние полгода периодически отмечала жидкий стул, потеряла 15 кг веса. При осмотре состояние тяжелое. Температура - 39°C. Кожные покровы бледные. Цианоз губ. Кахексия. Выраженная слабость, вялость. Положение в постели вынужденное, сидячее. Пальпируется подмышечный лимфоузел справа, безболезненный. В легких дыхание ослаблено, немногочисленные сухие хрипы. ЧД – 38 в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс – 100 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул осмотрен – жидкий, с небольшим содержанием слизи. Со стороны мочевыделительной системы и ЦНС патологии не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Укладывается ли картина болезни в указанный диагноз? Предположите диагноз и обоснуйте его. Каких данных не хватает для уточнения диагноза?
- 2) План обследования и лечения.
- 3) Для каких инфекционных заболеваний характерно развитие пневмонии.

Клиническая задача №84

Во время выполнения люмбальной пункции у больного менингитом и ВИЧ- инфекцией в стадии III В инфекционист случайно проколол резиновую перчатку и поранил кожу пальца с выделением капель крови.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Действия врача в подобной ситуации?
- 2) Есть ли необходимость проведения химиопрофилактики?
- 3) Назовите степени риска заражения и необходимость в химиопрофилактике.

Клиническая задача №85

Больной Ф., 27 лет, бомж, доставлен в больницу 08.09 с вокзала с диагнозом: «пищевая токсикоинфекция? холера?». Из эпиданамнеза известно, что пациент ночует на вокзалах, имеет случайные половые связи. В последнее время ухудшилось самочувствие, появилась резкая слабость, частый жидкий, временами обильный стул бело-желтого цвета, со зловонным запахом. Беспокоил кашель, очень сильно похудел. При осмотре: состояние тяжелое, температура 38,0°C. Истощен, кожа сухая, в углах рта заеды. В легких единичные сухие хрипы. Пульс 96 уд/мин., АД 80/60 мм.рт.ст. Язык обложен, лейкоплакия. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Вокруг ануса остроконечные кондиломы. Стул 5–6 раз в сутки, обильный, водянистый. В сознании, менингеальных явлений нет. При микроскопическом исследовании испражнений обнаружены ооцисты криптоспоридий. При посеве кала холерный вибрион не выделен.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Обоснуйте диагноз. Назовите оппортунистическую инфекцию, выявленную у больного.
- 2) Дифференциальный диагноз с холерой.
- 3) План лечения больного?

Клиническая задача №86

Больной К., 38 лет, обратился в поликлинику с жалобами на высокую лихорадку в течение 12 дней, головную боль, боли в мышцах. При осмотре обнаружены высыпания на коже, увеличение печени. Госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «брюшной тиф»? При поступлении жалуется на боли в мышцах ног, шеи, жевательных мышцах; кашель, головную боль, повышение температуры, отечность лица. Болезнь началась с повышения температуры до 37,3–37,8°C, с 3 дня появились боли в мышцах и «отекали глаза». Температура в течение недели достигла 38–38,8°C (выше в вечерние часы), появились головная боль, мышечные боли усилились. На 10 день появились зудящие высыпания на коже. Контактов с больными не имел. Примерно за 3 недели до болезни был в гостях пил водку, закусывал салатом, свиным салом, квашеной капустой. У больного имеются сведения, что двое из участников застолья болеют «гриппом». Состояние средней тяжести. Лицо гиперемировано, одутловато. Веки отечны. Склеры, конъюнктивы инъецированы. Пальпация мышц шеи, плечевого пояса, бедер болезненна. В легких – без патологии. Тоны сердца приглушены. Пульс 108 уд/мин, АД 105/60 мм.рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 2 см. В левом подреберье пальпируется край селезенки. Стул регулярный, кашицеобразный. Дизурии нет. ЦНС без патологии.

Анализ крови при поступлении: Нв-138 г/л, L- $12,8 \cdot 10^9$ /л, э-24%, п/я-15%, с/я – 39%, лимф.-18%, мон.-4%. СОЭ-36 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Составьте план лечения и обследования.
- 4) Укажите основные звенья патогенеза этого заболевания.

Клиническая задача №87

Больной В., 19 лет, студент. Обратился к врачу поликлиники в связи с обнаружением в течение 3–4 месяцев увеличенных лимфатических узлов на шее. Объективно: температура тела нормальная. Состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски, без сыпи. Следы внутривенных инъекций на руках. Заднешейные, надключичные и локтевые лимфатические узлы увеличены до 1 см, подмышечные – до 1,5 см в диаметре, плотноэластической консистенции, безболезненны. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки увеличения висцеральных лимфатических узлов не обнаружено.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Каков предположительный диагноз? Представьте его обоснование.
- 2) План обследования.
- 3) Дайте рекомендации больному.

Клиническая задача №88

Больная Н., 42 лет, госпитализирована в инфекционную больницу с диагнозом «вирусный гепатит». При поступлении состояние средней тяжести. Жалобы на боли в правом подреберье, тошноту, повышение температуры, кашель. Заболела около 2-х недель назад, когда появилось недомогание, повышение температуры, беспокоил кашель, одышка, на коже появились зудящие высыпания. 3 дня назад заметила потемнение мочи, а на следующий день желтушность склер и кожи. Контакта с инфекционными больными не имела, гепатитом раньше не болела, за последние полгода никаких парентеральных манипуляций не проводилось. Питается дома. За 3 недели до начала болезни в течение 3-х дней ела вяленую рыбу, привезенную из России. При осмотре отмечена умеренная желтушность склер и кожных покровов. В легких – сухие хрипы, жесткое дыхание. Обложенность языка. Болезненность при пальпации живота в эпигастральной области и правом подреберье, увеличение печени. При исследовании крови обнаружен лейкоцитоз- $15,8 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилия- 28%.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- 3) Составьте план обследования и лечения.
- 4) Назовите возбудителя данной болезни и его локализацию в организме.

Клиническая задача №89

В поликлинику обратился больной К., 17 лет. Жалобы: слабость, разбитость, небольшой кашель и насморк, одышка, боли в суставах. Температура тела $37,4^{\circ}\text{C}$. При осмотре выявлено наличие жесткого дыхания в легких, а при рентгенологическом исследовании выявлены с обеих сторон небольшие инфильтративные тени. Поставлен диагноз «ОРЗ, пневмония», назначено лечение пенициллином, состояние не улучшилось. Через 7 дней при повторном рентгенологическом исследовании в легких были выявлены те же изменения, но другой локализации. Больной предъявлял те же жалобы, но при этом у него появились сыпь и зуд кожи, которые были расценены как лекарственная аллергия, в связи с чем отменен пенициллин и назначен супрастин.

Анализ крови: лейкоцитоз, эозинофилия (18%), незначительная гипохромная анемия. Эпиданамнез: живет в общежитии, питается в столовой, покупает овощи на рынке, не соблюдает правил личной гигиены.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Предварительный диагноз и его обоснование его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Составьте план обследования и лечения.
- 4) Что лежит в основе указанных клинических проявлений.

БЛОК С

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ

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 ммоль/л
Креатинин – 67,2 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 218,4 мкмоль/л
Прямой – 179,2 мкмоль/л
Не прямой - 39,2 мкмоль/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 – $2,83 \cdot 10^{12}/\text{л}$
Цветной показатель – 0,93
Лейкоциты – $7,8 \cdot 10^9/\text{л}$
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 – $3,1 \cdot 10^{12}/л$
Гемоглобин – 85 г/л
Цветной показатель – 0,82
Лейкоциты – $25,7 \cdot 10^9/л$
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 – 2,64 г/л

Р. Ноне-Аппельта - +++

Р. Панди - ++++

Сегментоядерные – 91% Палочкоядерные – 5%

Лимфоциты – 4%

Встречаются эритроциты

Сахар – 1,59 ммоль/л

Хлориды – 98,0 ммоль/л

Бактериологический анализ ликвора

Винах 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 – 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 – бесцветный
Прозрачность – полная
Цитоз – 235
Белок – 0,79 г/л
Р. Ноне-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

БЛОК D

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1 раздел (Кишечные инфекции)

1. Брюшной тиф. Этиология и эпидемиология. Патогенез и патанатомия брюшного тифа.
2. Брюшной тиф. Клиническая классификация брюшного тифа. Клиника типичной формы. Лабораторная диагностика и этиотропная терапия брюшного тифа.
3. Брюшной тиф. Лечение, условия выписки, принципы диспансеризации реконвалесцентов.
4. Брюшной тиф. Кишечные осложнения, клиника, лечение.
5. Этиология и эпидемиология паратифа А. Особенности течения паратифа А. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
6. Этиология и эпидемиология паратифа В. Особенности течения паратифа В. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
7. Сальмонеллез. Этиология и эпидемиология. Патогенез. Классификация сальмонеллеза.
8. Сальмонеллез. Клиника гастроинтестинальной формы. Диагностика. Лечение. Профилактика.
9. Сальмонеллез. Клиника генерализованных форм. Диагностика. Лечение. Профилактика.
10. Сальмонеллез. Бактерионосительство реконвалесцентное и транзиторное. Диагностика. Лечение. Профилактика.
11. Пищевые токсикоинфекции. Этиология. Роль условно-патогенных бактерий в возникновении токсикоинфекций. Эпидемиология. Роль различных пищевых продуктов в передаче токсикоинфекций.
12. Пищевые токсикоинфекции. Патогенетические механизмы диареи, общетоксического синдрома, сердечно-сосудистых расстройств. Клиника: варианты течения, критерии тяжести.
13. Пищевые токсикоинфекции. Особенности клиники ПТИ, вызванных различными возбудителями. Осложнения. Прогноз. Дифференциальный диагноз.
14. Пищевые токсикоинфекции. Регидратационная и дезинтоксикационная терапии. Тактика врача в отношении антибактериальной терапии. Профилактика.
15. Ботулизм. Типы возбудителя и основные свойства. Источники инфекции и факторы передачи ботулизма. Патогенез, механизм поражения центральной и периферической нервной системы. Виды ботулизма.
16. Ботулизм. Клиника пищевого ботулизма. Критерии тяжести. Осложнения. Диагностика: значение эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.
17. Ботулизм. Клинические симптомы ботулизма младенцев. Диагностика. Лечение: специфическая терапия противоботулинической сывороткой, методика ее введения. Дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия.
18. Ботулизм. Клиника раневого ботулизма. Принципы лечения, методика введения противоботулинической сыворотки по Безредко. Профилактика ботулизма.
19. Эшерихиозы. Характеристика возбудителей эшерихиозов. Эпидемиологические особенности эшерихиозов в различных возрастных группах. Классификация клинических форм. Диагностика.
20. Эшерихиозы. Патогенез. Классификация клинических форм. Особенности клинических проявлений в зависимости от вида возбудителя, наиболее частые неотложные синдромы.

Значение лабораторных методов исследований в диагностике эшерихиоза. Лечение эшерихиозов с учетом патогенетического варианта развития болезни.

21. Кишечный иерсиниоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.
22. Клиника кишечного иерсиниоза. Диагноз и дифференциальный диагноз. Этиотропная и патогенетическая терапия. Профилактика.
23. Дизентерия. Этиология. Современная классификация шигелл. Эпидемиология. Оптимальные пути передачи для различных видов шигелл. Восприимчивость различных возрастных групп. Иммунитет.
24. Дизентерия. Патогенез. Роль инвазивных и токсигенных свойств возбудителя. Механизм развития колитического синдрома, характер поражения слизистой толстой кишки. Клиника типичной формы дизентерии.
25. Классификация дизентерии. Клиника различных вариантов острой дизентерии (типичной и атипичной). Бактерионосительство. Хроническая дизентерия. Прогноз.
26. Дизентерия. Диагностика и дифференциальный диагноз с амёбной дизентерией. Методы лабораторного и инструментального подтверждения диагноза. Эндоскопические методы исследования при дизентерии.
27. Дизентерия. Лечение. Тактика этиотропного лечения. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Правила выписки из стационара. Профилактика.
28. Холера. Этиология. Эндемичные очаги холеры в мире. Эпидемиология. Патогенез нарушений водно-электролитного баланса. Классификация холеры.
29. Холера. Клиника типичной формы. Классификация обезвоживания по Покровскому. Диагностика. Принципы патогенетической терапии с учетом степени обезвоживания больного, этиотропное лечение.
30. Холера. Клиника гиповолемического шока. Средства и методы патогенетической терапии. Способы контроля за проводимой терапией. Антибактериальная терапия больных и бактерионосителей. Правила выписки. Профилактика.
31. Холера. Дифференциальная диагностика с сальмонеллезом. Лечение патогенетическое и этиотропное. Осложнения холеры.
32. Вирусные диареи. Этиология. Ротавирусы, значение других вирусов в развитии гастроэнтеритов. Эпидемиология. Особенности патогенеза диареи. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
33. Амебиаз. Этиология. Эпидемиология. Географическое распространение. Патогенез. Патологическая анатомия.
34. Амебиаз. Классификация. Характеристика поражения различных органов и систем при различных формах амебиаза. Клиника кишечного амебиаза.
35. Амебиаз. Варианты течения внекишечного амебиаза. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
36. Стафилококковая инфекция. Характеристика возбудителя. Эпидемиология и патогенез поражения желудочно-кишечного тракта при стафилококковой инфекции. Клинические формы стафилококкового поражения ЖКТ. Диагностика. Лечение и профилактика.
37. Острые кишечные инфекции, вызванные условно-патогенными энтеробактериями (ОКИ УПЭ). Характеристика возбудителей ОКИ УПЭ (синегнойная палочка, протей, клебсиелла). Эпидемиологические особенности ОКИ УПЭ в различных возрастных группах. Особенности клинических проявлений протейного энтероколита.

38. ОКИ УПЭ. Особенности клинических проявлений энтероколита, вызванного клебсиеллой. Наиболее частые неотложные синдромы. Диагностика, лечение.
39. ОКИ УПЭ. Дифференциальная диагностика с дисбиозом кишечника. Профилактика инфекций, вызванных УПЭ в лечебных учреждениях.
40. Экзикоз с токсикозом у детей. Типы и тяжесть обезвоживания. Клинические и лабораторные критерии тяжести и типов обезвоживания.
41. Классификация обезвоживания у детей по рекомендациям ВОЗ. Тактика ведения больных с обезвоживанием на различных этапах лечения ОКИ у детей.

2 Раздел (вирусные гепатиты).

1. Вирусный гепатит А. Этиология. Эпидемиология. Эпидемиологическое значение больных безжелтушными и субклиническими формами. Восприимчивость разных возрастных групп. Сезонность. Патогенез. Иммунитет.
2. Вирусный гепатит А. Классификация. Клиника типичной формы. Клинические диагностические критерии вирусного гепатита А. Лабораторная и иммунологическая диагностика. Лечение, значение базисной терапии. Патогенетическая терапия. Профилактика. Диспансеризация.
3. Вирусный гепатит Е. Этиология. Особенности эпидемиологии. Клиника типичной формы. Диагностика и лечение.
4. Вирусный гепатит Е. Течение гепатита Е у беременных. Диагностика. Лечение. Ведение беременных с гепатитом Е. Прогноз.
5. Вирусный гепатит В. Этиология. Антигенное строение вируса. Эпидемиология. Восприимчивость. Группы риска. Иммунитет. Патогенез и патаномия.
6. Вирусный гепатит В. Особенности патогенеза фульминантного гепатита и хронического гепатита. Клиника циклического течения гепатита, его клинические диагностические критерии.
7. Вирусный гепатит В. Варианты течения. Значение прогрессивного течения ВГВ. Критерии тяжести ВГВ. Острая печеночная энцефалопатия и ее стадии.
8. Вирусный гепатит В. Исходы и прогноз при ВГВ. Хронический ВГВ и его исходы. Диагностика.
9. Вирусный гепатит В. Базисная терапия. Патогенетическая терапия. Показания к противовирусной терапии. Терапевтическая тактика при хроническом вирусном гепатите.
10. Вирусный гепатит В. Профилактика. Диспансеризация.
11. Вирусный гепатит D. Этиология. Возбудитель и его облигатная связь с вирусом гепатита В. Эпидемиология. Источники и механизм передачи инфекции. Ко-инфекция. Суперинфекция.
12. Вирусный гепатит D. Патогенез. Потенцирование дельта-инфекцией патогенного эффекта вируса гепатита В. Непосредственное цитолитическое действие дельта-вируса на гепатоцит. Повторные репликации дельта-вируса и обострения болезни. Клиника ко-инфекции ВГВ+D, особенности течения, исходы, диагностика.
13. Вирусный гепатит D. Суперинфекция гепатита D. Особенности течения. Диагностика. Фульминантная форма. Прогноз.
14. Вирусный гепатит D. Ранние признаки хронизации гепатита. Исходы. Прогноз. Диагностика. Лечение.

15. Вирусный гепатит С. Этиология: отличительные особенности вируса. Эпидемиология: резервуар и источник инфекции, механизм передачи, восприимчивость, основные эпидемиологические признаки.
16. Вирусный гепатит С. Патогенез. Клиника. Исходы. Прогноз. Лабораторная диагностика острой фазы. Лечение.
17. Вирусный гепатит С. Лабораторная диагностика хронического гепатита С. Лечение. Эпидемиологический надзор. Профилактика.
18. Фульминантная форма вирусных гепатитов. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы и методы неотложной терапии острой печеночной недостаточности.

3 раздел (трансмиссивные инфекции)

1. Малярия. Виды и свойства возбудителей малярии. Циклы развития паразитов в организме комара (спорогония) и человека (шизогония). Механизм развития приступа болезни.
2. Малярия. Особенности патогенеза тропической малярии и vivax-малярии. Патогенез ранних и поздних рецидивов. Клиническая характеристика 3-дневной малярии. Диагностика.
3. Малярия. Особенности течения четырехдневной малярии. Диагностика. Лечение. Профилактика малярии.
4. Малярия. Клиника и критерии тяжести течения тропической малярии. Диагностика. Лечение.
5. Малярия. Осложнения. Проявления инфекционно-токсического шока, малярийной комы, гемоглинурийной лихорадки. Исходы. Лечение малярии и осложнений.
6. Эпидемический сыпной тиф. Этиология. Эпидемиология. Основные фазы патогенеза. Характер поражения сосудов и специфические поражения нервной системы.
7. Эпидемический сыпной тиф. Клиника: цикличность сыпного тифа, симптоматика раннего периода болезни, периодов разгара и реконвалесценции. Осложнения.
8. Эпидемический сыпной тиф. Диагностика. Лечение: этиотропная терапия, методы и средства патогенетической терапии, значение режима и ухода за больным. Профилактика осложнений.
9. Болезнь Брилла. Этиология. Эпидемиологические особенности болезни Брилла-Цинссера. Особенности течения болезни Брилла-Цинссера. Прогноз. Клинико-эпидемиологические критерии диагностики болезни Брилла-Цинссера.
10. Североазиатский клещевой риккетсиоз. Этиология. Эпидемиология. Природная очаговость. Сезонность. Патогенез, патологическая анатомия.
11. Североазиатский клещевой риккетсиоз. Клиника, первичный аффект, основные симптомы и динамика их развития. Осложнения.
12. Североазиатский клещевой риккетсиоз. Значение эпидемиологических данных и клинического обследования больных в диагностике. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика осложнений.
13. Ку-лихорадка. Этиология. Эпидемиология. Патогенез, патологическая анатомия. Основные клинические проявления, частота и особенность поражения органов дыхания. Осложнения. Диагностика. Лечение.

14. Системный клещевой боррелиоз (болезнь Лайма). Этиология и эпидемиология, распространенность боррелиоза. Основные клинические проявления в разные периоды болезни. Лабораторная диагностика. Исходы. Лечение и профилактика.
15. Хроническая болезнь Лайма. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

4. Раздел (особо опасные инфекции)

1. Чума. Этиология. Эпидемиология. Резервуары чумного микроба в природе. Природные очаги в Кыргызстане и России. Заразительность больного при различных формах чумы. Иммуитет. Патогенез и патологическая анатомия. Значение входных ворот для клинических форм болезни.
2. Чума. Классификация клинических форм. Клиника кожной, бубонной, форм чумы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
3. Чума. Клиника септической формы чумы. Диагностика. Этиотропная терапия, дозы антибиотиков и продолжительность лечения. Патогенетическая терапия. Правила выписки из стационара. 6
4. Чума. Клиника легочной формы чумы. Диагностика. Этиотропная терапия, дозы антибиотиков и продолжительность лечения. Патогенетическая терапия. Правила выписки из стационара.
5. Чума. Профилактика. Мероприятия в очаге. Изоляция больных и контактных лиц. Экстренная профилактика.
6. Туляремия. Этиология. Эпидемиология. Резервуары инфекции в природе. Патогенез. Определяющее значение входных ворот инфекции для клинического течения болезни.
7. Туляремия. Классификация. Клиническое течение различных форм болезни.
8. Туляремия. Осложнения. Исходы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
9. Сибирская язва. Этиология. Эпидемиология. Эпизоотическая и эпидемиологическая характеристика болезни. Патогенез. Определяющее значение входных ворот для развития различных форм болезни.
10. Сибирская язва. Классификация Клиническая характеристика кожной и септической форм болезни. Осложнения. Исходы. Прогноз.
11. Сибирская язва. Клиническая характеристика легочной и кишечной форм болезни. Диагностика.
12. Сибирская язва. Дифференциальный диагноз с кожно-бубонной формой чумы. Лечение. Специфический противосибиреязвенный гамма-глобулин, его использование. Антибактериальная терапия.
13. Сибирская язва. Профилактика. Комплекс медико-санитарных и ветеринарно-санитарных мероприятий. Дезинфекция в очаге болезни. Специфическая профилактика. Меры предупреждения профессиональных и бытовых заражений.
14. ГЛПС. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Механизм развития геморрагического синдрома, поражения почек, нервной системы. Значение аутоаллергии в патогенезе.
15. ГЛПС. Клиника. Цикличность заболевания. Геморрагический синдром. Почечный синдром. Осложнения. Исходы. Прогноз. Диагностика. Лечение.

16. Омская геморрагическая лихорадка. Этиология. Эпидемиология. Природные очаги. Переносчик. Источники инфекции. Механизм заражения. Сезонность. Патогенез и патологическая анатомия.
17. Лихорадка Эбола. Этиология. Резервуары инфекции. Механизмы и пути инфицирования. Восприимчивость людей. Патогенез. Клинические проявления. Причины смерти. Диагностика. Лечение. Неспецифическая профилактика.
18. Лихорадка Марбург. Характеристика возбудителя. Источник и резервуар возбудителя. Механизмы, пути и факторы передачи. Патогенез. Клинические проявления. Осложнения и причины смерти. Диагностика. Лечение.
19. Лихорадка Денге. Характеристика возбудителя. Источник инфекции. Основной переносчик возбудителя. Пути заражения. Патогенез. Клиника классической лихорадки Денге. Диагностика. Лечение. Методы профилактики.
20. Лихорадка Ласса. Характеристика возбудителя. Источник и резервуар возбудителя. Механизмы, пути и факторы передачи. Патогенез. Клинические симптомы и динамика их развития. Осложнения и причины смерти. Диагностика. Лечение.
21. Желтая лихорадка. Характеристика возбудителя. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления и динамика их развития. Осложнения. Причины смерти. Лабораторная диагностика. Лечение. Прогноз.
22. Омская геморрагическая лихорадка. Клиника. Основные проявления болезни. Геморрагический синдром. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Лечение.
23. Крымская геморрагическая лихорадка. Этиология. Эпидемиология. Природные очаги. Переносчики. Источники инфекции. Механизм заражения. Сезонность. Патогенез и патологическая анатомия.
24. Крымская геморрагическая лихорадка. Клиника. Основные проявления болезни. Геморрагический синдром. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Лечение.
25. Натуральная оспа. Этиология. Основные свойства возбудителя. Эпидемиология. Основные эпидемиологические признаки. Патогенез. 7
26. Натуральная оспа. Клиника. Клинические формы инфекции. Осложнения. Исходы. Диагностика. Дифференциальная диагностика с ветряной оспой. Лечение. Профилактика.
27. Лепра. Морфологические и культуральные свойства возбудителя. Источник и пути инфицирования лепрой. Распространённость лепры в мире. Патогенез.
28. Лепра. Клинические проявления. Классификация Ридли-Джоплинга. Ранние и поздние проявления различных клинических форм лепры. Поражение периферической нервной системы. Стандарты диагностики. Лечение. Прогноз. Профилактика.

5 Раздел (нейроинфекции)

1. Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.
2. Менингококковая инфекция. Классификация. Менингококковый назофарингит, носительство. Диагностика. Лечение.
3. Менингококкцемия, клиника. Осложнения. Диагностика. Лечение.
4. Клиника менингококкового менингита, менингоэнцефалита. Осложнения. Диагностика. Лечение.
5. Менингококковая инфекция. Атипичные формы. Клиника неотложных синдромов: ИТШ, острая надпочечниковая недостаточность, отек и набухание мозга. Исходы. Прогноз.

6. Серозные менингиты. Основные возбудители серозного воспаления мягкой мозговой оболочки. Клинико-лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика с гнойными менингитами.
7. Вторичные серозные менингиты. Клинико-anamнестические характеристики. Диагностика. Лечение. Прогноз. Осложнения.
8. Клещевой энцефалит. Этиология. Эпидемиология. Природные очаги в Кыргызстане. Резервуары вируса в природе. Механизм заражения. Сезонность. Патогенез.
9. Клещевой энцефалит. Классификация. Клиника лихорадочной формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
10. Клещевой энцефалит. Клиника менингеальной формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
11. Клещевой энцефалит. Клиника полиомиелитической и полирадикулоневритической форм. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
12. Клещевой энцефалит. Осложнения. Исходы. Диагностика. Применение противэнцефалитного донорского иммуноглобулина. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Профилактика. Специфическая профилактика.
13. Полиомиелит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия.
14. Полиомиелит. Классификация клинических форм. Клиника abortивной формы. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
15. Полиомиелит. Клиника менингеальной формы. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
16. Полиомиелит. Паралитические формы полиомиелита, симптоматика. Остаточные явления и прогноз. Лабораторные методы диагностики полиомиелитов. Принципы лечения и специфическая профилактика.
17. Бешенство. Этиология. Эпидемиология. Источник и резервуар вируса в природе. Пути заражения человека. Значение входных ворот. Патогенез поражение ЦНС. Клиника по стадиям заболевания.
18. Бешенство. Клиника по стадиям заболевания. Прогноз. Диагностика. Лечение. Специфическая профилактика. Применение антирабического гамма-глобулина. Показания к вакцинации и методика ее проведения.
19. Столбняк. Этиология. Эпидемиология. Столбняк военного и мирного времени. Иммунитет. Патогенез. Механизм судорожного синдрома. Нарушения дыхания и метаболические расстройства. Клиника.
20. Столбняк. Классификация столбняка. Симптомкомплекс. Критерии тяжести. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Особенности специфической и этиотропной терапии. Противостолбнячная сыворотка, гамма-глобулин, анатоксин. Патогенетическая терапия. Профилактика осложнений. Профилактика плановая и экстренная.
21. Классификация энцефалитов. Вторичные энцефалиты. Этиология. Патогенез. Клинико-лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика.
22. Вторичные энцефалиты. Клинико-anamнестические характеристики. Диагностика. Лечение. Прогноз. Осложнения.
23. Прионы. История развития представления о прионах. Структура и размножение прионов.
24. Прионные поражения ЦНС человека и животных. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

6 Раздел (респираторные инфекции)

1. Грипп. Этиология. Особенности антигенной структуры. Эпидемиология. Восприимчивость. Иммунитет.
2. Грипп. Патогенез. Клиника. Катаральный и интоксикационный синдромы. Показания к госпитализации. Группы риска развития осложнений.
3. Грипп. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
4. Парагриппозная инфекция. Этиология. Клиника, острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ). Осложнения.
5. Парагриппозная инфекция. Эпидемиология. Патогенез. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение острого стенозирующего ларинготрахеита. Профилактика.
6. Риновирусная инфекция. Патогенез. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика.
7. Риновирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Лечение. Профилактика.
8. Коронавирусная инфекция. Этиология. Клинические проявления. Осложнения.
9. Коронавирусная инфекция. Эпидемиология. Патогенез. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение острого респираторного дистресс синдрома (ОРДС). Профилактика.
10. Аденовирусная инфекция. Определение. Эпидемиология и патогенез. Классификация клинических форм. Клинические проявления фарингоконъюнктивальной лихорадки.
11. Аденовирусная инфекция. Характеристика возбудителя. Осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
12. Аденовирусная инфекция. Атипичные формы. Клинические проявления. Лечение.
13. Респираторно-синцитиальная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.
14. Респираторно-синцитиальная инфекция. Классификация клинических форм. Клиника бронхоолита и обструктивного синдрома. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
15. Коклюш. Основные свойства возбудителя. Эпидемиологические особенности коклюша в различных возрастных группах. Патогенез, значение фактора гипоксемии, сущность легочных и нервных поражений при коклюше.
16. Коклюш. Симптоматика коклюша в различные периоды болезни. Критерии тяжести коклюша, неотложные синдромы, осложнения. Методы диагностики коклюша: гематологический, бактериологический, серологический, рентгенологический.
17. Коклюш. Особенности течения коклюша у детей до года. Дифференциальная диагностика коклюша с другими заболеваниями в разные периоды болезни. Показания к госпитализации. Лечение в зависимости от возраста, преморбидного фона, тяжести болезни. Профилактика.
18. Паракклюш. Этиология. Эпидемиология. Клинические формы: коклюшеподобная и стертая формы. Диагностика. Лечение. Профилактика.
19. Дифтерия. Характеристика возбудителя дифтерии. Роль токсинов в патогенезе дифтерии. Влияние антитоксического иммунитета на тяжесть заболевания. Эпидемиология. Патологическая анатомия дифтерии.
20. Энтеровирусная инфекция. Характеристика и классификация возбудителей. Эпидемиология.
21. Энтеровирусная инфекция. Эпидемиология и патогенез. Клинические формы и их проявления. Диагностика.

22. Энтеновирусная инфекция. Дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.
23. Дифтерия. Патогенетические особенности различных клинических форм дифтерии. Классификация клинических форм по локализации. Клиника токсической формы дифтерии ротоглотки. Осложнения: специфические и неспецифические.
24. Дифтерия ротоглотки. Классификация. Клиника локализованных форм. Диагностика. Лечение.
25. Дифтерия гортани, клиника крупа. Особенности клиники у взрослых. Дифференциальная диагностика клинических форм дифтерии (нетоксические и токсические формы).
26. Дифтерия. Лабораторные методы диагностики. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями. Принципы лечения различных клинических форм и осложнений. Основные правила использования противодифтерийной анитоксической сыворотки и антибиотиков. Профилактика.
27. Паротитная инфекция. Свойства возбудителя. Эпидемиология. Заболеваемость в различных возрастных группах. Патогенез. Показатели тяжести, осложнения.
28. Паротитная инфекция. Классификация клинических форм, симптоматика при различных локализациях и формах болезни (паротит, субмаксиллит, панкреатит, орхит, менингит). Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.
29. Паротитная инфекция. Лабораторная диагностика различных клинических форм паротитной инфекции. Показания к госпитализации, сроки изоляции больных. Принципы лечения паротитной инфекции в зависимости от тяжести и локализации процессов. Профилактика.
30. Орнитоз. Этиология. Эпидемиология. Контингенты повышенного риска заражения. Иммуитет. Сезонность. Патогенез, патологическая анатомия.
31. Орнитоз. Классификация. Инкубационный период. Основные симптомы и их динамика. Изменения со стороны органов дыхания. Особенности пневмонии при орнитозе.
32. Орнитоз. Поражения нервной системы. Хронические формы орнитоза. Осложнения, прогноз. Диагностика. Рентгенологическое выявление орнитозной пневмонии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Санитарно-ветеринарные мероприятия. Индивидуальная профилактика.

7 Раздел (эксантемные инфекции)

1. Корь. Этиология. Эпидемиология. Классификация клинических форм. Понятие о митигированной кори и других атипичных формах.
2. Корь. Патогенез и патоморфология кори. Понятие коревой анергии, влияние кори на состояние иммунитета к другим инфекциям. Клиническая симптоматика типичной кори в разные периоды болезни: катаральный, высыпания, пигментации.
3. Корь. Характерные осложнения кори, неотложный синдром. Особенности течения кори у привитых живой вакциной. Показания к госпитализации. Особенности ухода и режима больных с корью. Принцип лечения кори и ее осложнений. Специфическая профилактика кори и противоэпидемические мероприятия в очаге.
4. Краснуха. Этиология. Эпидемиологические особенности приобретенной краснухи. Патогенез. Клиническая симптоматика краснухи, осложнения.
5. Краснуха. Эпидемиологические особенности врожденной краснухи. Влияние краснухи беременных на развитие плода. Поражения органов и систем при врожденной краснухе.

6. Краснуха. Дифференциальная диагностика краснухи с другими заболеваниями, сопровождающимися сыпью. Лабораторные методы диагностики. Принцип лечения, показания к госпитализации. Профилактика.
7. Парвовирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические формы.
8. Парвовирусная инфекция. Диагностика и дифференциальная диагностика с корью и другими экзантемами. Лечение.
9. Ветряная оспа. Этиология. Основные свойства возбудителя. Эпидемиология. Клиника. Исходы.
10. Ветряная оспа. Патогенез. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Противовирусные препараты. Показания к назначению антибиотиков. Профилактика.
11. Опоясывающий лишай. Определение. Эпидемиология. Синдромы поражения центрального и периферического отделов нервной системы.
12. Опоясывающий лишай. Патогенез. Механизмы реактивации вируса. Патанатомия. Клиническая картина. Лечение. Средства этиотропной и патогенетической терапий.
13. Опоясывающий лишай. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика.
14. Скарлатина - одна из форм стрептококковой инфекции. Основные звенья патогенеза скарлатины: инфекционное, токсическое, аллергическое. Классификация клинических форм.
15. Скарлатина. Особенности антитоксического и антибактериального иммунитета при скарлатине. Клиническая симптоматика типичных и атипичных форм болезни, показатели тяжести, варианты течения скарлатины.
16. Скарлатина. Осложнения в ранние и поздние сроки болезни, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, почек. Особенности скарлатины у детей раннего возраста. Лабораторные методы диагностики. Дифференциальная диагностика с другими экзантемами.
17. Скарлатина. Показания к госпитализации. Лечение больных скарлатиной в домашних условиях и в стационаре. Профилактика.
18. Псевдотуберкулез. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Стадии развития патологического процесса: энтерита, лимфаденита, бактериемии и токсинемии, органических поражений. Значение сенсibilизации организма.
19. Псевдотуберкулез. Симптоматика и течение локализованных и генерализованных форм. Вторично-очаговые поражения. Диагностика. Этиотропное лечение, его продолжительность. Патогенетическая терапия. Профилактика.
20. Рожь. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.
21. Рожь. Клиника эритематозной формы. Дифференциальная диагностика. Лечение первичной рожи. Противорецидивное лечение. Профилактические меры.
22. Рожь. Клиника эритематозно-буллезной формы. Дифференциальная диагностика. Лечение рецидивирующей рожи. Противорецидивное лечение. Профилактические меры.
23. Рожь. Клиника буллезно-геморрагической формы. Лечение. Противорецидивное лечение. Профилактические меры.
24. Вируса простого герпеса. Характеристика возбудителя. Эпидемиология. Патогенез. Механизмы первичного инфицирования и латенции герпетической инфекции.
25. Вируса простого герпеса. Клинические формы и их характеристика. Диагностика и дифференциальная диагностика инфекции, вызванной ВПГ. Лечение.

26. Ящур. Этиология. Эпидемиология. Патогенез, патологическая анатомия. Клиника. Основные проявления болезни. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Лечение.
27. Эризипилоид. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактические меры.

8. Раздел (инфекции с полиорганными поражениями и синдромом лимфоаденопатии)

1. Бруцеллез. Этиология. Основные виды бруцелл и их биологические свойства. Эпидемиология. Фазы патогенеза. Значение L-форм в патогенезе хронического бруцеллеза.
2. Бруцеллез. Классификация. Клиника острого бруцеллеза. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Бруцеллез. Клиника хронического бруцеллеза. Изменения со стороны различных систем и органов. Последствия перенесенного бруцеллеза. Прогноз. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Лептоспироз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Механизм развития интоксикационного и геморрагического синдромов. Классификация.
5. Лептоспироз. Клиническая симптоматика желтушной формы лептоспироза. Критерии тяжести. Диагностика. Лечение.
6. Лептоспироз. Клиническая симптоматика безжелтушной формы лептоспироза. Критерии тяжести. Диагностика. Лечение.
7. Лептоспироз. Острая почечная недостаточность. Дифференциальная диагностика. Антибактериальная терапия. Специфическая терапия. Патогенетическая терапия. Неотложная терапия при ОПН. Профилактика.
8. Токсоплазмоз. Этиология. Возбудитель, его жизненный цикл, устойчивость во внешней среде. Эпидемиология. Резервуары инфекции. Роль кошек в распространении токсоплазмоза.
9. Токсоплазмоз. Эпидемиология - инфицированность людей. Пути передачи инфекции (алиментарный, контактный). Внутриутробное заражение. Иммунитет.
10. Токсоплазмоз. Патогенез, патологическая анатомия. Внедрение возбудителя, его размножение и распространение в организме. Образование пневмоцист.
11. Токсоплазмоз. Клиника. Классификация. Инкубационный период. Приобретенный токсоплазмоз. Клиническая характеристика острого и хронического токсоплазмоза.
12. Токсоплазмоз. Латентные формы токсоплазмоза. Врожденный токсоплазмоз. Клиническая характеристика острой, подострой и хронической форм. Обострение и рецидивы.
13. Токсоплазмоз. Лабораторно-инструментальные методы диагностики (ИФА, обязательные исследования и исследования по показаниям). Лечение, показания к лечению. Схемы лечения беременных.
14. Врожденный токсоплазмоз. Показания к лечению. Схемы лечения. Профилактика.
15. ЦМВ-инфекция. Основные свойства вируса. Эпидемиологические особенности, заболеваемость и летальность в разных возрастных группах.
16. ЦМВ-инфекция. Патогенез и патоморфология. Классификация клинических форм. Характерные осложнения.
17. ЦМВ-инфекция. Показания к госпитализации. Особенности ухода и режима больных. Принцип лечения.

18. Инфекционный мононуклеоз. Характеристика возбудителя. Эпидемиологическое значение стертых форм болезни, причины гиподиагностики. Клиническая симптоматика типичной формы инфекционного мононуклеоза.
19. Инфекционный мононуклеоз. Патогенез и патоморфология. Исходы и отдаленные последствия инфекционного мононуклеоза. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями: ОРВИ, ангиной, ВГ, системными заболеваниями крови и заболеваниями с мононуклеозоподобным синдромом. Картина периферической крови при инфекционном мононуклеозе, другие методы лабораторной диагностики. Лечение, профилактика.
20. ВИЧ-инфекция. Этиология. Эпидемиология. Механизм и пути передачи. Группы риска. Трансплацентарная передача вируса.
21. ВИЧ-инфекция. Патогенез. Механизмы формирования иммунологических нарушений. Активация возбудителей оппортунистических инфекций и инвазий.
22. ВИЧ-инфекция. Возникновение опухолей. Патоморфология. Клиника. Стадии течения ВИЧ-инфекции. Клиническая классификация.
23. ВИЧ-инфекция. СПИД-ассоциированные заболевания. Развернутый СПИД. Диагностика: ИФА, ПЦР, иммуноблотинг, реакция иммунофлюоресценции. Тестирование на антиген ВИЧ Р24, вирусологическое исследование (выделение ВИЧ в культуре клеток), иммунологические (уровень CD4/CD8)
24. ВИЧ-инфекция. Лечение. Антитретовирусная терапия, профилактика и лечение вторичных заболеваний, патогенетическая терапия. Прогноз.
25. Фелиноз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактические меры.

9. Раздел (гельминтозы)

1. Аскаридоз. Характеристика гельминта. Жизненный цикл. Эпидемиология. Патогенез органических нарушений при аскаридозе.
2. Аскаридоз. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Энтеробиоз. Характеристика гельминта. Жизненный цикл. Эпидемиология.
4. Энтеробиоз. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Правила сбора материала для исследований.
5. Энтеробиоз. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
6. Токсокароз. Характеристика гельминта. Жизненный цикл.
7. Токсокароз. Эпидемиология. Патогенез органических нарушений при токсокарозе. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
8. Трихинеллез. Характеристика гельминта. Жизненный цикл. Эпидемиология.
9. Трихинеллез. Патогенез. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
10. Описторхоз. Определение. Морфология возбудителя. Жизненный цикл сосальщика.
11. Описторхоз. Эпидемиология. Патогенез различных фаз инвазионного процесса. Классификация. Клинические проявления. Осложнения.
12. Описторхоз. Клиническая и специфическая лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Неспецифические методы профилактики.
13. Фасциолез. Определение. Морфология возбудителя. Жизненный цикл сосальщика.

14. Фасциолез. Эпидемиология. Патогенез различных фаз инвазионного процесса. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Осложнения.
15. Эхинококкоз. Определение. Этиология. Морфология половозрелой и личиночной форм паразита.
16. Эхинококкоз. Жизненный цикл возбудителя. Эпидемиология. Патогенез.
17. Эхинококкоз. Клинические проявления. Осложнения. Клинические, серологические и инструментальные методы диагностики.
18. Эхинококкоз. Лечение. Прогноз. Методы профилактики.
19. Шистосомозы. Определение. Этиология. Морфологические особенности различных форм шистосом и их отличие от других сосальщиков. Жизненный цикл. Промежуточные и окончательный хозяева различных стадий развития паразита.
20. Шистосомозы. Эпидемиология. Патогенез. Патоморфологические изменения в органах и тканях основного хозяина в различные стадии паразитирования.
21. Шистосомозы. Клинические проявления различных форм в различные стадии развития гельминтоза. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
22. Висцеральный лейшманиоз. Клинические проявления и классификация висцерального лейшманиоза. Периоды развития болезни. Основные синдромы острого периода, разгара болезни и терминального периода. Методы лабораторной диагностики висцерального лейшманиоза. Лечение.
23. Кожный лейшманиоз. Клинические проявления и классификация кожного лейшманиоза. Особенности течения отдельных вариантов кожного лейшманиоза. Методы лабораторной диагностики кожного лейшманиоза. Лечение и профилактика.