

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



УТВЕРЖДАЮ  
Декан медфакультета  
Зарифьян А.Г.  
03 марта 2015 г.

## Инфекционные болезни

### рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Инфекционных болезней**

Учебный план 31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА  
Профиль: Инфекционные болезни

Квалификация **Исследователь. Преподаватель-исследователь**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **3 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 107,7  
в том числе:  
аудиторные занятия 14  
самостоятельная работа 58  
экзамены 35,7

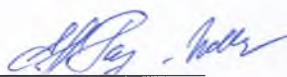
Виды контроля в семестрах:  
экзамены 5

#### Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>. <Семес тр на курсе>)	5 (3.1)		Итого	
	18			
Неделя	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	6	6	6	6
Практические	8	8	8	8
Контактная	0,3	0,3	0,3	0,3
Итого ауд.	14	14	14	14
Контактная	14,3	14,3	14,3	14,3
Сам. работа	58	58	58	58
Часы на	35,7	35,7	35,7	35,7
Итого	108	108	108	108

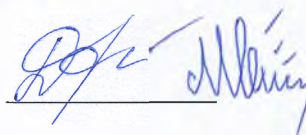
Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Куватова Д.О.; к.м.н., доцент, зав.кафедрой, Радченко Е.А.



Рецензент(ы):

д.м.н., зав.кафедрой, Джолбунова З.К.; д.м.н., профессор, зав.кафедрой, Балтабаев М.К.



Рабочая программа дисциплины

**Инфекционные болезни**

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по направлению подготовки 31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 03.09.2014г. №1200)

составлена на основании учебного плана:

31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Профиль: Инфекционные болезни

утвержденного учёным советом вуза от 03.03.2015 протокол № 9.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

**Инфекционных болезней**

Протокол от 11 февраля 2015 г. № 8

Срок действия программы: 2015-2019 уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС  
09 сентября 2016 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для  
исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры  
**Инфекционных болезней**

Протокол от 02 сентября 2016 г. № 1  
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС  
08 сентября 2017 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для  
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры  
**Инфекционных болезней**

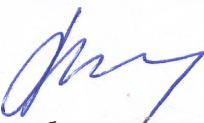
Протокол от 02 сентября 2017 г. № 1  
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС  
18 сентября 2018 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для  
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры  
**Инфекционных болезней**

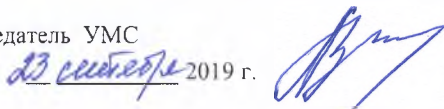
Протокол от 03 сентября 2018 г. № 1  
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС  
23 сентября 2019 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для  
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры  
**Инфекционных болезней**

Протокол от 28 августа 2019 г. № 1  
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

23 сентября 2020.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для'  
Исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры  
**Инфекционных болезней**

Протокол от 28 августа 2020г. № 1  
Зав. Кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

9 сентября 2021.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для'  
Исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры  
**Инфекционных болезней**

Протокол от 08 сентября 2021г. № 1  
Зав. Кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

\_\_\_\_\_ 2022.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для'  
Исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры  
**Инфекционных болезней**

Протокол от \_\_\_\_\_ 2022г. № \_\_\_\_\_  
Зав. Кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

\_\_\_\_\_ 2023.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для'  
Исполнения в 2023-2024 учебном году на заседании кафедры  
**Инфекционных болезней**

Протокол от \_\_\_\_\_ 2023г. № \_\_\_\_\_  
Зав. Кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

\_\_\_\_\_ 2024.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для'  
Исполнения в 2024-2025 учебном году на заседании кафедры  
**Инфекционных болезней**

**1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

1.1	Целью освоения дисциплины "Инфекционные болезни" является подготовка специалистов нового типа, владеющих разносторонними знаниями и умениями в области инфекционной патологии.
-----	--

**2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП**

Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
<b>2.1</b>	<b>Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b>
2.1.1	Вакцинопрофилактика
2.1.2	Детские инфекции
2.1.3	Научный семинар
2.1.4	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (научно-исследовательская)
2.1.5	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (педагогическая)
2.1.6	Технологии научных исследований
2.1.7	Академическое письмо
2.1.8	Дерматовенерология
2.1.9	Педагогика и психология высшей школы
2.1.10	Фтизиопульмонология
2.1.11	Иностранный язык
2.1.12	История и философия науки
2.1.13	История медицины
<b>2.2</b>	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>
2.2.1	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
2.2.2	Подготовка научно-квалификационной работы (диссертации)
2.2.3	Представление научного доклада об основных результатах подготовленной научно-квалификационной работы (диссертации)

**3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)****ОПК-5: способностью и готовностью к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных****Знать:**

Уровень 1	Основные клинико-лабораторные признаки заболеваний и состояний, выбранных в качестве объекта для научного исследования.
Уровень 2	Основные клинико-инструментальные признаки заболеваний и состояний, выбранных в качестве объекта для научного исследования.
Уровень 3	Возможности и перспективы применения современных лабораторных и инструментальных методов по теме научного исследования; правила эксплуатации и технику безопасности при работе с лабораторным и инструментальным оборудованием

**Уметь:**

Уровень 1	Интерпретировать полученные данные по профилю научного исследования.
Уровень 2	Использовать техническую документацию при освоении методов исследований.
Уровень 3	Соблюдать технику безопасности при проведении исследований.

**Владеть:**

Уровень 1	Технологиями проектирования образовательного процесса в рамках дисциплины.
Уровень 2	Методами и технологиями межличностной коммуникации, навыками публичной речи.
Уровень 3	Технологией проектирования образовательного процесса на уровне высшего образования.

**ПК-1: способностью и готовностью к организации проведения прикладных научных исследований в области внутренних болезней****Знать:**

Уровень 1	Основные этапы научного исследования, принципы определения объекта и предмета исследования, построения плана научного поиска;
Уровень 2	Основные современные методы исследования, необходимые для получения объективных сведений при выполнении научных исследований в области внутренних болезней;

Уровень 3	Общие принципы построения дизайна медико-биологического научного исследования, описания и представления (письменного, публичного) его результатов;
<b>Уметь:</b>	
Уровень 1	Разрабатывать план научных исследований, определять проблемную ситуацию и обосновывать актуальность темы исследования, формулировать цели и задачи научно-исследовательской деятельности;
Уровень 2	Проводить анализ и критически обосновывать выбор соответствующих методов исследования, позволяющих получить достоверную информацию;
Уровень 3	Представить дизайн исследования в соответствии с критериями доказательной медицины;
<b>Владеть:</b>	
Уровень 1	Навыком планирования фундаментальных научных исследований в области медицины;
Уровень 2	Навыками выбора методов средств решения задач исследования;
Уровень 3	Навыками проведения научного исследования и реализации проекта.

**ПК--5: готовностью к преподавательской деятельности по внутренним болезням**

<b>Знать:</b>	
Уровень 1	Современные технологии преподавания.
Уровень 2	Основы научно-методической и учебно-методической работы.
Уровень 3	Современные методы преподавания, отражающие специфику предметной области для внедрения в процесс обучения высшего образования.
<b>Уметь:</b>	
Уровень 1	Применять результаты собственного педагогического поиска.
Уровень 2	Осуществлять текущее и перспективное планирование педагогической деятельности.
Уровень 3	Анализировать и обобщать передовой педагогический опыт и личный опыт работы в образовательном учреждении.
<b>Владеть:</b>	
Уровень 1	Основами научно-методической и учебно-методической работы.
Уровень 2	Современными технологиями преподавания, отражающими специфику предметной области.
Уровень 3	Практическими навыками учебно-методической работы в высшей школе, подготовки учебного материала по требуемой тематике к лекции, практическому занятию, навыки организации и проведения занятий с использованием новых технологий обучения.

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

<b>3.1</b>	<b>Знать:</b>
3.1.1	Основы законодательства здравоохранения и основные директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
3.1.2	Различные аспекты патогенеза инфекционных болезней и социально обусловленных инфекций (клинические, патоморфологические, генетические, иммунологические, биохимические, функциональные, серологические исследования в динамике болезни);
3.1.3	Эпидемиологию и статистику инфекционных болезней, в меняющихся условиях жизни, особенности патогенеза и патогенетической терапии при микст-патологии.
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
3.2.1	Выявлять социально обусловленные инфекции.
3.2.2	Проводить клинко-лабораторные параллели при моно- и микст-инфекциях, проводить диагностику с использованием клинических, лабораторных, функциональных и других методов исследования.
3.2.3	Проводить дифференциальный диагноз по ведущему клиническому синдрому.
3.2.4	Уметь самостоятельно формировать научную тематику, организовывать и вести научно-исследовательскую деятельность по избранной научной специальности.
<b>3.3</b>	<b>Владеть:</b>
3.3.1	Навыками работы с новыми методами и схемами лечения инфекционных болезней, современными медикаментозными средствами, физиотерапевтическими процедурами, диетой, психотерапевтическими воздействиями.
3.3.2	Навыками работы с методами первичной и вторичной профилактики социально обусловленных инфекций.
3.3.3	Навыками работы с диспансерными больными инфекционной патологией.
3.3.4	Современными информационными технологиями, включая современные методы статистической обработки и хранения научной информации.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)							
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
<b>Раздел 1. Бактериальные инфекции</b>							
1.1	Общие вопросы инфекционной патологии. /Лек/	5	2	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.2	Принципы диагностики бактериальных инфекций. /Пр/	5	4	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.3	Бактериальные инфекции с поражением ЖКТ. /Ср/	5	5	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.3 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.4	Бактериальные инфекции с поражением нервной системы. /Ср/	5	5	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.5	Бактериальные инфекции с поражением кожного покрова. /Ср/	5	2	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.5 Л2.6 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.6	Особо опасные бактериозы. /Ср/	5	5	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.5 Л2.6 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
<b>Раздел 2. Вирусные инфекции</b>							
2.1	Вирусные инфекции /Лек/	5	2	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.2	Принципы диагностики вирусных инфекций. /Пр/	5	4	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.3	Вирусные инфекции с поражением ЖКТ. /Ср/	5	4	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.4	Вирусные инфекции с поражением респираторного тракта. /Ср/	5	5	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.5	Вирусные инфекции с поражением нервной системы. /Ср/	5	5	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.6	Вирусные инфекции с поражением кожного покрова. /Ср/	5	5	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.7	Вирусные гепатиты. /Ср/	5	6	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

<b>Раздел 3. Протозоозы, гельминтозы и риккетсиозы</b>							
3.1	Протозойные инфекции /Лек/	5	2	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.5 Л2.6 Л2.4 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.2	Протоозы. /Ср/	5	4	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.3	Гельминтозы. /Ср/	5	4	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.4	Трансмиссивные риккетсиозы. /Ср/	5	4	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.5	Инфекции с полиорганным поаржением. /Ср/	5	4	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.6	Зачет /КрЭк/	5	0,3	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

1 раздел

1. Брюшной тиф. Этиология и эпидемиология. Патогенез и патанатомия брюшного тифа.
2. Брюшной тиф. Классификация брюшного тифа. Клиника типичной формы. Лабораторная диагностика и этиотропная терапия брюшного тифа.
3. Брюшной тиф. Лечение, условия выписки, принципы диспансеризации реконвалисцентов.
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 реконвалисцентное и транзитное. 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 терапия. Тактика врача в отношении антибактериальной терапии. Профилактика.
15. Дизентерия. Этиология. Современная классификация шигелл. Эпидемиология. Оптимальные пути передачи для различных видов шигелл. Восприимчивость различных возрастных групп. Иммунитет.
16. Дизентерия. Патогенез. Роль инвазивных и токсигенных свойств возбудителя. Механизм развития колитического синдрома, характер поражения слизистой толстой кишки. Клиника типичной формы дизентерии.
17. Классификация дизентерии. Клиника различных вариантов острой дизентерии (типичной и атипичной). Бактерионосительство. Хроническая дизентерия. Прогноз.
18. Дизентерия. Диагностика и дифференциальный диагноз с амёбной дизентерией. Методы лабораторного и инструментального подтверждения диагноза. Эндоскопические методы исследования при дизентерии.
19. Дизентерия. Лечение. Тактика этиотропного лечения. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Правила выписки из стационара. Профилактика.



20. Кишечный иерсиниоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.
21. Клиника кишечного иерсиниоза. Диагноз и дифференциальный диагноз. Этиотропная и патогенетическая терапия. Профилактика.
22. Эшерихиозы. Характеристика возбудителей эшерихиозов. Эпидемиологические особенности эшерихиозов в различных возрастных группах. Классификация клинических форм. Диагностика.
23. 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.
24. Стафилококковая инфекция. Характеристика возбудителя. Эпидемиология и патогенез поражения желудочно-кишечного тракта при стафилококковой инфекции. Клинические формы стафилококкового поражения ЖКТ. Диагностика. Лечение и профилактика.
25. 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.
26. ОКИ УПЭ. Особенности клинических проявлений энтероколита вызванного клебсиеллой. Наиболее частые неотложные синдромы. Диагностика, лечение.
27. ОКИ УПЭ. Дифференциальная диагностика с дисбиозом кишечника. Профилактика инфекций, вызванных УПЭ в лечебных учреждениях.
28. Менингококковая инфекция. Эпидемиология. Патогенез.
29. Менингококковая инфекция. Классификация. Менингококковый назофарингит, носительство. Диагностика. Лечение.
30. Менингококкцемия, клиника. Осложнения. Диагностика. Лечение.
31. Клиника менингококкового менингита, менингоэнцефалита. Осложнения. Диагностика. Лечение.
32. Менингококковая инфекция. Атипичные формы. Клиника неотложных синдромов: ИТШ, острая надпочечниковая недостаточность, отек и набухание мозга. Исходы. Прогноз.
33. Вторичные гнойные менингиты. Этиология. Патогенетические механизмы проникновения. Диагностика. Лечение.
34. Ботулизм. Типы возбудителя и основные свойства. Источники инфекции и факторы передачи ботулизма. Патогенез, механизм поражения центральной и периферической нервной системы. Виды ботулизма.
35. Ботулизм. Клиника пищевого ботулизма. Критерии тяжести. Осложнения. Диагностика: значение эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.
36. Ботулизм. Клинические симптомы ботулизма младенцев. Диагностика. Лечение: специфическая терапия противоботулинической сывороткой, ее методика. Дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия.
37. Ботулизм. Клиника раневого ботулизма. Принципы лечения, методика введения противоботулинической сыворотки по Безредко. Профилактика ботулизма.
38. Рожа. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.
39. Рожа. Клиника эритематозной формы. Дифференциальная диагностика. Лечение первичной рожи. Противорецидивное лечение. Профилактические меры.
40. Рожа. Клиника эритематозно-буллезной формы. Дифференциальная диагностика. Лечение рецидивирующей рожи. Противорецидивное лечение. Профилактические меры.
41. Рожа. Клиника буллезно-геморрагической формы. Лечение. Противорецидивное лечение. Профилактические меры.
42. Скарлатина - одна из форм стрептококковой инфекции. Основные звенья патогенеза скарлатины: инфекционное, токсическое, аллергическое. Классификация клинических форм.
43. Скарлатина. Особенности антитоксического и антибактериального иммунитета при скарлатине. Клиническая симптоматика типичных и атипичных форм болезни, показатели тяжести, варианты течения скарлатины.
44. 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.
45. Скарлатина. Показания к госпитализации. Лечение больных скарлатиной в домашних условиях и в стационаре. Профилактика.
46. Псевдотуберкулез. Эпидемиология. Патогенез. Стадии развития патологического процесса: энтерита, лимфаденита, бактериемии и токсинемии, органических поражений. Значение сенсibilизации организма.
47. Псевдотуберкулез. Симптоматика и течение локализованных и генерализованных форм. Вторично-очаговые поражения. Диагностика. Этиотропное лечение, его продолжительность. Патогенетическая терапия. Профилактика.
48. Чума. Эпидемиология. Резервуары чумного микроба в природе. Природные очаги в Кыргызстане и России. Заразительность больного при различных формах чумы. Иммунитет. Патогенез и патологическая анатомия. Значение входных ворот для клинических форм болезни.
49. Чума. Классификация клинических форм. Клиника кожной, бубонной, форм чумы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
50. Чума. Клиника септической формы чумы. Диагностика. Этиотропная терапия, дозы антибиотиков и продолжительность лечения. Патогенетическая терапия. Правила выписки из стационара.
51. Чума. Клиника легочной формы чумы. Диагностика. Этиотропная терапия, дозы антибиотиков и продолжительность лечения. Патогенетическая терапия. Правила выписки из стационара.
52. Чума. Профилактика. Мероприятия в очаге. Изоляция больных и контактных лиц. Экстренная профилактика.
53. Сибирская язва. Эпидемиология. Эпизоотическая и эпидемиологическая характеристика болезни. Патогенез. Определяющее значение входных ворот для развития различных форм болезни.
54. Сибирская язва. Классификация. Клиническая характеристика кожной и септической форм болезни. Осложнения. Исходы. Прогноз.
55. Сибирская язва. Клиническая характеристика легочной и кишечной форм болезни. Диагностика.
56. Сибирская язва. Дифференциальный диагноз с кожно-бубонной формой чумы. Лечение. Специфический

противосибиреязвенный гамма-глобулин, его использование. Антибактериальная терапия.

57. Сибирская язва. Профилактика. Комплекс медико-санитарных и ветеринарно-санитарных мероприятий. Дезинфекция в очаге болезни. Специфическая профилактика. Меры предупреждения профессиональных и бытовых заражений.

58. Холера. Этиология. Эндемичные очаги холеры в мире. Эпидемиология. Патогенез нарушений водно-электролитного баланса. Классификация холеры.

59. Холера. Клиника типичной формы. Классификация обезвоживания по Покровскому. Диагностика. Принципы патогенетической терапии с учетом степени обезвоживания больного, этиотропное лечение.

60. Холера. Клиника гиповолемического шока. Средства и методы патогенетической терапии. Способы контроля за проводимой терапией. Антибактериальная терапия больных и бактерионосителей. Правила выписки. Профилактика.

61. Холера. Дифференциальная диагностика с сальмонеллезом. Лечение патогенетическое и этиотропное. Осложнения холеры.

62. Бешенство. Этиология. Эпидемиология. Источник и резервуар вируса в природе. Пути заражения человека. Значение входных ворот. Патогенез поражение ЦНС. Клиника по стадиям заболевания.

63. Бешенство. Клиника по стадиям заболевания. Прогноз. Диагностика. Лечение. Специфическая профилактика. Применение антирабического гамма-глобулина. Показания к вакцинации и методика её проведения.

64. Столбняк. Этиология. Эпидемиология. Столбняк военного и мирного времени. Иммуитет. Патогенез. Механизм судорожного синдрома. Нарушения дыхания и метаболические расстройства. Клиника.

65. Столбняк. Классификация столбняка. Симптомокомплекс. Критерии тяжести. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Особенности специфической и этиотропной терапии. Противостолбнячная сыворотка, гамма-глобулин, анатоксин. Патогенетическая терапия. Профи-лактика осложнений. Профилактика плановая и экстренная.

## 2 раздел

1. Вирусные диареи. Этиология. Ротавирусы, значение других вирусов в развитии гастроэнтеритов. Эпидемиология. Особенности патогенеза диареи. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

2. Грипп. Этиология. Особенности антигенной структуры. Эпидемиология. Восприимчивость. Иммуитет.

3. Грипп. Патогенез. Клиника. Катаральный и интоксикационный синдромы. Показания к госпитализации. Группы риска развития осложнений.

4. Грипп. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

5. Парагриппозная инфекция. Этиология. Клиника, острый стенозирующий ларинготрахеит. Осложнения.

6. Парагриппозная инфекция. Эпидемиология. Патогенез. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение острого стенозирующего ларинготрахеита. Профилактика.

7. Риновирусная инфекция. Патогенез. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика.

8. Риновирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Лечение. Профилактика.

9. Аденовирусная инфекция. Определение. Эпидемиология и патогенез. Классификация клинических форм. Клинические проявления фарингоконъюнктивальной лихорадки.

10. Аденовирусная инфекция. Характеристика возбудителя. Осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

11. Аденовирусная инфекция. Атипичные формы. Клинические проявления. Лечение.

12. Респираторно-синцитиальная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.

13. Респираторно-синцитиальная инфекция. Классификация клинических форм. Клиника бронхолита и обструктивного синдрома. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

14. Синдром нейротоксикоза, стадии развития.

15. Синдром крупа (стадии), принципы лечения.

16. РС-инфекция, обструктивный синдром, принципы лечения.

17. Парагрипп. ОСЛТ второй степени, диагностика, лечение.

18. Осложнения ОРИ, принципы лечения.

19. Клещевой энцефалит. Этиология. Эпидемиология. Природные очаги в Кыргызстане. Резервуары вируса в природе. Механизм заражения. Сезонность. Патогенез.

20. Клещевой энцефалит. Классификация. Клиника лихорадочной формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

21. Клещевой энцефалит. Клиника менингеальной формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

22. Клещевой энцефалит. Клиника полиомиелитической и полирадикулоневритической форм. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

23. Клещевой энцефалит. Осложнения. Исходы. Диагностика. Применение противэнцефалитного донорского иммуноглобулина. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Профилактика. Специфическая профилактика.

24. Классификация энцефалитов. Первичные энцефалиты. Вторичные энцефалиты.

25. Полиомиелит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия.

26. Полиомиелит. Классификация клинических форм. Клиника abortивной формы. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

27. Полиомиелит. Клиника менингеальной формы. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

28. Полиомиелит. Паралитические формы полиомиелита, симптоматика. Остаточные явления и прогноз. Лабораторные методы диагностики полиомиелитов. Принципы лечения и специфическая профилактика.

29. Ветряная оспа. Этиология. Основные свойства возбудителя. Эпидемиология. Клиника. Исходы.

30. Ветряная оспа. Патогенез. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Противовирусные препараты. Показания к назначению антибиотиков. Профилактика.

31. Опоясывающий лишай. Определение. Эпидемиология. Синдромы поражения центрального и периферического отделов нервной системы.

32. Опоясывающий лишай. Патогенез. Механизмы реактивации вируса. Патанатомия. Клиническая картина. Лечение.

Средства этиотропной и патогенетической терапий.

33. Опоясывающий лишай. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика.
34. Вируса простого герпеса. Характеристика возбудителя. Эпидемиология. Патогенез. Механизмы первичного инфицирования и латенции герпетической инфекции.
35. Вируса простого герпеса. Клинические формы и их характеристика. Диагностика и дифференциальная диагностика инфекции, вызванной ВПГ. Лечение.
36. Корь. Этиология. Эпидемиология. Классификация клинических форм. Понятие о митигированной кори и других атипичных формах.
37. 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.
38. 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 противозидемические мероприятия в очаге.
39. Краснуха. Этиология. Эпидемиологические особенности приобретенной краснухи. Патогенез. Клиническая симптоматика краснухи, осложнения.
40. Краснуха. Эпидемиологические особенности врожденной краснухи. Влияние краснухи беременных на развитие плода. Поражения органов и систем при врожденной краснухе.
41. Краснуха. Дифференциальная диагностика краснухи с другими заболеваниями, сопровождающимися сыпью. Лабораторные методы диагностики. Принцип лечения, показания к госпитализации. Профилактика.
42. Парвовирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические формы.
43. Парвовирусная инфекция. Диагностика и дифференциальная диагностика с корью и другими экзантемами. Лечение.
44. Паротитная инфекция. Свойства возбудителя. Эпидемиология. Заболеваемость в различных возрастных группах. Патогенез. Показатели тяжести, осложнения.
45. Паротитная инфекция. Классификация клинических форм, симптоматика при различных локализациях и формах болезни (паротит, субмаксиллит, панкреатит, орхит, менингит). Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.
46. 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.
47. Инфекционный мононуклеоз. Характеристика возбудителя. Эпидемиологическое значение стертых форм болезни, причины гиподиагностики. Клиническая симптоматика типичной формы инфекционного мононуклеоза.
48. Инфекционный мононуклеоз. Патогенез и патоморфология. Исходы и отдаленные последствия инфекционного мононуклеоза. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями: ОРИ, ангиной, ВГ, системными заболеваниями крови и заболеваниями с мононуклеозоподобным синдромом. Картина периферической крови при инфекционном мононуклеозе, другие методы лабораторной диагностики. Лечение, профилактика.
49. ЦМВ-инфекция. Основные свойства вируса. Эпидемиологические особенности, заболеваемость и летальность в разных возрастных группах.
50. ЦМВ-инфекция. Патогенез и патоморфология. Классификация клинических форм. Характерные осложнения.
51. ЦМВ-инфекция. Показания к госпитализации. Особенности ухода и режима больных. Принцип лечения.
52. Вирусный гепатит А. Этиология. Эпидемиология. Эпидемиологическое значение больных безжелтушными и субклиническими формами. Восприимчивость разных возрастных групп. Сезонность. Патогенез. Иммунитет.
53. 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.
54. Вирусный гепатит Е. Этиология. Особенности эпидемиологии. Клиника типичной формы. Диагностика и лечение.
55. Вирусный гепатит Е. Течение гепатита Е у беременных. Диагностика. Лечение. Ведение беременных с гепатитом Е. Прогноз.
56. Вирусный гепатит В. Этиология. Антигенное строение вируса. Эпидемиология. Восприимчивость. Группы риска. Иммунитет. Патогенез и патаномия.
57. Вирусный гепатит В. Особенности патогенеза фульминантного гепатита и хронического гепатита. Клиника циклического течения гепатита, его клинические диагностические критерии.
58. Вирусный гепатит В. Варианты течения. Значение прогрессивного течения ВГВ. Критерии тяжести ВГВ. Острая печеночная энцефалопатия и ее стадии.
59. Вирусный гепатит В. Исходы и прогноз при ВГВ. Хронический ВГВ и его исходы. Диагностика.
60. Вирусный гепатит В. Базисная терапия. Патогенетическая терапия. Показания к противовирусной терапии. Терапевтическая тактика при хроническом вирусном гепатите.
61. Вирусный гепатит В. Профилактика. Диспансеризация.
62. Вирусный гепатит D. Этиология. Возбудитель и его облигатная связь с вирусом гепатита В. Эпидемиология. Источники и механизм передачи инфекции. Ко-инфекция. Суперинфекция.
63. 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.
64. Вирусный гепатит D. Суперинфекция гепатита D. Особенности течения. Диагностика. Фульминантная форма. Прогноз.
65. Вирусный гепатит D. Ранние признаки хронизации гепатита. Исходы. Прогноз. Диагностика. Лечение.
66. Вирусный гепатит С. Этиология: отличительные особенности вируса. Эпидемиология: резервуар и источник инфекции, механизм передачи, восприимчивость, основные эпидемиологические признаки.
67. Вирусный гепатит С. Патогенез. Клиника. Исходы. Прогноз. Лабораторная диагностика острой фазы. Лечение.
68. Вирусный гепатит С. Лабораторная диагностика хронического гепатита С. Лечение. Эпидемиологический надзор.

## Профилактика.

69. Фульминантная форма вирусных гепатитов. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы и методы неотложной терапии острой печеночной недостаточности.
70. Вирусный гепатит F. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
71. Вирусный гепатит G. Этиология. Особенности эпидемиологии. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
72. Вирусный гепатит TTV. Этиология. Особенности эпидемиологии. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

## 3 раздел

1. Токсоплазмоз. Этиология. Возбудитель, его жизненный цикл, устойчивость во внешней среде. Эпидемиология. Резервуары инфекции. Роль кошек в распространении токсоплазмоза.
2. Токсоплазмоз. Эпидемиология - инфицированность людей. Пути передачи инфекции (алиментарный, контактный). Внутритрубно заражение. Иммунитет.
3. Токсоплазмоз. Патогенез, патологическая анатомия. Внедрение возбудителя, его размножение и распространение в организме. Образование пневмоцист.
4. Токсоплазмоз. Клиника. Классификация. Инкубационный период. Приобретенный токсоплазмоз. Клиническая характеристика острого и хронического токсоплазмоза.
5. Токсоплазмоз. Латентные формы токсоплазмоза. Врожденный токсоплазмоз. Клиническая характеристика острой, подострой и хронической форм. Обострение и рецидивы.
6. Токсоплазмоз. Лабораторно-инструментальные методы диагностики (ИФА, обязательные исследования и исследования по показаниям). Лечение, показания к лечению. Схемы лечения беременных.
7. Врожденный токсоплазмоз. Показания к лечению. Схемы лечения. Профилактика.
8. Амебиаз. Этиология. Эпидемиология. Географическое распространение. Патогенез. Патологическая анатомия.
9. Амебиаз. Классификация. Характеристика поражения различных органов и систем при различных формах амебиаза. Клиника кишечного амебиаза.
10. Амебиаз. Варианты течения внекишечного амебиаза. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
11. Малярия. Виды и свойства возбудителей малярии. Циклы развития паразитов в организме комара (спорогония) и человека (шизогония). Механизм развития приступа болезни.
12. Малярия. Особенности патогенеза тропической малярии и vivax малярии. Патогенез ранних и поздних рецидивов. Клиническая характеристика трехдневной малярии. Диагностика.
13. Малярия. Особенности течения четырехдневной малярии. Диагностика. Лечение. Профилактика малярии.
14. Малярия. Клиника и критерии тяжести течения тропической малярии. Диагностика. Лечение.
15. Малярия. Осложнения. Проявления инфекционно-токсического шока, малярийной комы, гемоглобинурической лихорадки. Исходы. Лечение малярии и осложнений.
16. 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.
17. Кожный лейшманиоз. Клинические проявления и классификация кожного лейшманиоза. Особенности течения отдельных вариантов кожного лейшманиоза. Методы лабораторной диагностики кожного лейшманиоза. Лечение и профилактика.
18. Аскаридоз. Характеристика гельминта. Жизненный цикл. Эпидемиология. Патогенез органных нарушений при аскаридозе.
19. Аскаридоз. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
20. Энтеробиоз. Характеристика гельминта. Жизненный цикл. Эпидемиология.
21. Энтеробиоз. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Правила сбора материала для исследований.
22. Энтеробиоз. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
23. Токсокароз. Характеристика гельминта. Жизненный цикл.
24. Токсокароз. Эпидемиология. Патогенез органных нарушений при токсокарозе. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
25. Эхинококкоз. Определение. Этиология. Морфология половозрелой и личиночной форм паразита.
26. Эхинококкоз. Жизненный цикл возбудителя. Эпидемиология. Патогенез.
27. Эхинококкоз. Клинические проявления. Осложнения. Клинические, серологические и инструментальные методы диагностики.
28. Эхинококкоз. Лечение. Прогноз. Методы профилактики.
29. Описторхоз. Определение. Морфология возбудителя. Жизненный цикл сосальщика.
30. Описторхоз. Эпидемиология. Патогенез различных фаз инвазионного процесса. Классификация. Клинические проявления. Осложнения.
31. Описторхоз. Клиническая и специфическая лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Неспецифические методы профилактики.
32. Шистосомозы. Определение. Этиология. Морфологические особенности различных форм шистосом и их отличие от других сосальщиков. Жизненный цикл. Промежуточные и окончательный хозяева различных стадий развития паразита.
33. Шистосомозы. Эпидемиология. Патогенез. Патоморфологические изменения в органах и тканях основного хозяина в различные стадии паразитирования.
34. Шистосомозы. Клинические проявления различных форм в различные стадии развития гельминтоза. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
35. Эпидемический сыпной тиф. Этиология. Эпидемиология. Основные фазы патогенеза. Характер поражения сосудов и специфические поражения нервной системы.

36. Эпидемический сыпной тиф. Клиника: цикличность сыпного тифа, симптоматика раннего периода болезни, периодов разгара и реконвалесценции. Осложнения.
37. Эпидемический сыпной тиф. Диагностика. Лечение: этиотропная терапия, методы и средства патогенетической терапии, значение режима и ухода за больным. Профилактика осложнений.
38. Болезнь Брилла. Этиология. Эпидемиологические особенности болезни Брилла-Цинссера. Особенности течения болезни Брилла-Цинссера. Прогноз. Клинико-эпидемиологические критерии диагностики болезни Брилла-Цинссера.
39. Североазиатский клещевой риккетсиоз. Этиология. Эпидемиология. Природная очаговость. Сезонность. Патогенез, патологическая анатомия.
40. Североазиатский клещевой риккетсиоз. Клиника, первичный аффект, основные симптомы и динамика их развития. Осложнения.
41. Североазиатский клещевой риккетсиоз. Значение эпидемиологических данных и клинического обследования больных в диагностике. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика осложнений.
42. Ку-лихорадка. Этиология. Эпидемиология. Патогенез, патологическая анатомия. Основные клинические проявления, частота и особенность поражения органов дыхания. Осложнения. Диагностика. Лечение.
43. Системный клещевой боррелиоз (болезнь Лайма). Этиология и эпидемиология, распространенность боррелиоза. Основные клинические проявления в разные периоды болезни. Лабораторная диагностика. Исходы. Лечение и профилактика.
44. ГЛПС. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Механизм развития геморрагического синдрома, поражения почек, нервной системы. Значение аутоаллергии в патогенезе.
45. ГЛПС. Клиника. Цикличность заболевания. Геморрагический синдром. Почечный синдром. Осложнения. Исходы. Прогноз. Диагностика. Лечение.
46. Омская геморрагическая лихорадка. Этиология. Эпидемиология. Природные очаги. Переносчик. Источники инфекции. Механизм заражения. Сезонность. Патогенез и патологическая анатомия.
47. Омская геморрагическая лихорадка. Клиника. Основные проявления болезни. Геморрагический синдром. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Лечение.
48. Крымская геморрагическая лихорадка. Этиология. Эпидемиология. Природные очаги. Переносчики. Источники инфекции. Механизм заражения. Сезонность. Патогенез и патологическая анатомия.
49. Крымская геморрагическая лихорадка. Клиника. Основные проявления болезни. Геморрагический синдром. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Лечение.
50. Натуральная оспа. Этиология. Основные свойства возбудителя. Эпидемиология. Основные эпидемиологические признаки. Патогенез.
51. Натуральная оспа. Клиника. Клинические формы инфекции. Осложнения. Исходы. Диагностика. Дифференциальная диагностика с ветряной оспой. Лечение. Профилактика.
52. Лептоспироз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Механизм развития интоксикационного и геморрагического синдромов. Классификация.
53. Лептоспироз. Клиническая симптоматика желтушной формы лептоспироза. Критерии тяжести. Диагностика. Лечение.
54. Лептоспироз. Клиническая симптоматика безжелтушной формы лептоспироза. Критерии тяжести. Диагностика. Лечение.
55. Лептоспироз. Острая почечная недостаточность. Дифференциальная диагностика. Антибактериальная терапия. Специфическая терапия. Патогенетическая терапия. Неотложная терапия при ОПН. Профилактика.
56. Бруцеллез. Этиология. Основные виды бруцелл и их биологические свойства. Эпидемиология. Фазы патогенеза. Значение L-форм в патогенезе хронического бруцеллеза.
57. Бруцеллез. Классификация. Клиника острого бруцеллеза. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
58. Бруцеллез. Клиника хронического бруцеллеза. Изменения со стороны различных систем и органов. Последствия перенесенного бруцеллеза. Прогноз. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

## 5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Учебным планом не предусмотрено написание курсовой работы по дисциплине.

## 5.3. Фонд оценочных средств

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (Текущий и промежуточный контроль)

Задачи согласно тематике раздела в ПРИЛОЖЕНИИ 1.

Пример клинической ситуационной задачи для раздела 1:

Задача №1

В медицинский пункт аэровокзала обратился больной М., 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 тяжелой. Цианоз 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°С. 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 холерой?

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? У больного установлены такие показатели КОС: pH -7,32; PCO - 22 мм.рт.ст.; SB - 16 ммоль/л; BE – 8 ммоль/л; гематокрит - 49%. Адекватна ли проведенная терапия?

Эталон ответа к задаче №1:

1. Диагноз: Холера, типичная форма, IV степень обезвоживания.  
Диагноз выставлен на основании эпид. анамнеза – больной возвратился из Индии (эндемичный регион по холере); клинических данных – заболел ночью, остро, с урчания в животе и жидкого водянистого стула более 20 раз, обильной рвоты водянистым содержимым. Быстро нарастания слабости и симптомов обезвоживания до IV степени: состояние крайней тяжести, цианоз кожных покровов, глазные яблоки запавшие, черты лица заострившиеся, симптом «руки прачки», кожные покровы холодные, покрыты липким потом, температура тела 35,4°C, судороги конечностей, одышка – 34 в минуту, пульс нитевидный, частота сердечных сокращений 130 уд/мин. АД 30/0 мм.рт.ст.
2. При выявлении холеры необходимо провести противоэпидемические мероприятия по локализации и ликвидации очага: изолировать больного и лиц контактировавших с ним в инфекционный стационар, лечить больного и проводить профилактическое лечение контактных лиц, наложить карантин на 5 дней, провести текущую и заключительную дезинфекцию.
3. Регидратационная терапия: в течение 1,5 часов струйно в несколько вен, со скоростью 150 мл/мин вводится в теплом виде раствор «Кварта соль» или «Хлосоль» в течение 30 минут, а затем со скоростью 70 мл/мин в объеме 7 литров. Далее, каждые 2 часа определяют объем продолжающихся потерь жидкости, возмещая его внутривенным капельным вливанием солевых растворов с коррекцией потерь ионов калия и с учетом лабораторных показателей КЩС, электролитов, гематокрита, относительной плотности плазмы и др. Параллельно назначается этиотропное лечение – Ципрокс 500мг в/в капельно 2 раза в сутки в течение 5 дней или доксициклин 200 мг/сут-5 дней.
4. Для уточнения диагноза следует сделать посев рвотных масс и испражнений на 1% пептонный бульон, а так же ускоренный метод иммобилизации вибрионов холерной О-сывороткой с последующей микроскопией в темном поле. Указанные лабораторные данные соответствуют третьей степени обезвоживания. Проведенную терапию нельзя назвать адекватной.

Тестовые задания в приложении 2.

#### 5.4. Перечень видов оценочных средств

Задачи.

Тесты.

Контрольные вопросы.

Реферативные сообщения.

Темы рефератов:

1. Виды температурных реакций. Злокачественная гипертермия.
2. Современное состояние проблемы вирусного гепатита С.
3. Лечебное питание при заболеваниях гепатобилиарной системы.
4. Распознавание и лечение хронического гепатита.
5. Нейротоксикоз и его лечение.
6. Применение иммуномодуляторов в лечении острых бактериальных менингитов.
7. Особенности течения гнойных менингитов у новорожденных.
8. Фебрильные судороги.
9. Гемолитико-уремический синдром.
10. Атипичные формы менингококковой инфекции.
11. Хламидиозы у детей.
12. Ветряночный энцефалит.
13. Значение врожденных вирусных инфекций, как причины перинатальной и младенческой смертности.
14. Дифференциальная диагностика бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста.
15. Характеристика и фармакодинамика отхаркивающих лекарственных средств, разрешенных к применению в педиатрии.
16. Характеристика и фармакодинамика антисекреторных препаратов, применяемых при лечении больных с гастродуоденальной патологией.
17. Респираторно-синцитиальная инфекция у детей грудного возраста.
18. Инфекционные и неинфекционные диареи у новорожденных детей.
19. Цитомегаловирусная инфекция у детей.
20. Алгоритм оказания неотложной помощи при синдроме крупа у детей раннего возраста.

## 6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

### 6.1. Рекомендуемая литература

#### 6.1.1. Основная литература

Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
---------------------	----------	-------------------

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Змушко Е.И., Шувалова Е.П., Беляева Т.В., Белозеров Е.С.	Инфекционные болезни: учебник	СПб.: СпецЛит 2015
Л1.2	Юшук Н.Д., Венгеров Ю.Я.	Инфекционные болезни: Национальное руководство	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009
Л1.3	Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К.	Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007
<b>6.1.2. Дополнительная литература</b>			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Учайкин В.Ф.	Руководство по инфекционным болезням у детей: Учебное пособие	М.: ГЭОТАР-МЕД 2002
Л2.2	Абдикеримов М.М., Айткулуев Н.С., Алымбаева Д.Б.	Вирусные гепатиты: учебное пособие	Бишкек: Изд-во КPCY 2017
Л2.3	Радченко Е.А., Мамбетова А.И., Куватова Д.О., Алымбаева Д.Б.	Острые кишечные инфекции: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КPCY 2016
Л2.4	Ходжаян А.Б., Козлов С.С., Голубева М.В.	Медицинская паразитология и паразитарные болезни: учебное пособие	М.: ГЭОТАР - Медиа 2014
Л2.5	В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин.	Инфекционные болезни и эпидемиология, учебник	М.: ГЭОТАР-МЭД, 2013 2013
Л2.6	Лобзин Ю.В., Финогеев Ю.П., Новицкий С.Н.	Лечение инфекционных больных: Учебное пособие	СПб.: ООО "Изд-во ФОЛИАНТ" 2003
Л2.7	Мяндина Г.И.	Медицинская паразитология=Medical parasitology: Учебное пособие для студентов медицинских факультетов специальностей "Лечебное дело" и "Стоматология"	М.: РУДН 2014
<b>6.1.3. Методические разработки</b>			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Жолдошев С.Т., Абдикеримов М.М., Романенко А.И., Айкулуев Н.С., Куватова Д.О.	Сибирская язва: Методические рекомендации	Бишкек: Изд-во КPCY 2009
<b>6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"</b>			
Э1	ВОЗ/Инфекционные болезни		<a href="https://www.who.int/topics/infectious_diseases/ru/">https://www.who.int/topics/infectious_diseases/ru/</a>
Э2	Инфекционные болезни. Научные журналы (БАК)		<a href="https://elementy.ru/catalog/t89/Infektsionnye_bolezni/a1">https://elementy.ru/catalog/t89/Infektsionnye_bolezni/a1</a>
Э3	Эпидемиология и инфекционные болезни		<a href="https://epidemiology-journal.ru/">https://epidemiology-journal.ru/</a>
Э4	Журнал инфектологии		<a href="http://niidi.ru/journal/">http://niidi.ru/journal/</a>
<b>6.3. Перечень информационных и образовательных технологий</b>			
<b>6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии</b>			
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии: лекции, практические занятия, ориентированные на сообщение аспирантам знаний и способов действий. Практические занятия проводятся на базе инфекционной больницы с обязательной курацией тематических больных.		
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии: занятия, формирующие системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач-ролевые игры.		
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии: самостоятельное использование аспирантами Интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, ознакомление с фото и видео материалами интернет-источников по соответствующему разделу.		
<b>6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения</b>			
6.3.2.1	Информационно-поисковые системы: Medline, PubMed, Web of Science		
6.3.2.2	2) Доступ к базам данных POLPRED		

6.3.2.3	3) Библиотека РНИМУ им. Н.И. Пирогова в режиме Online
6.3.2.4	4) Электронная библиотека медвузов «Консультант студента»: www.studmedlib.ru
6.3.2.5	5) Российская национальная электронная библиотека (РУНЭБ): www.elibrary.ru
6.3.2.6	6) Правовая база «Консультант-Плюс».

#### **7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

7.1	Теоретическое и практическое подготовка аспиранта по инфекционным болезням проводится на кафедре инфекционных болезней расположенной на базе Республиканской клинической инфекционной больницы, которая рассчитана на 400 коек, имеет 19 отделений, клиническую и бактериологическую лаборатории, кабинет УЗД, Rg-кабинет, кабинет фиброэластометрии.
7.2	Кафедра располагает 5 учебными аудиториями, рассчитанными на 15 посадочных мест каждая, лекционным залом на 120 посадочных мест, лаборантской. Все аудитории оснащены мебелью, источниками света, тематическими наборами табличного материала.
7.3	Техническое оснащение: 1 компьютер, 1 ноутбук, мультимедийный проектор, проекционный экран, МФУ (принтер, сканер, ксерокс), выход в интернет, телефон, фотоаппарат.
7.4	Наглядные пособия: учебные стенды(7), учебные таблицы (30), слайды (270), фотоальбомы(8), видеофильмы (12), учебные истории болезни (14).
7.5	Презентации лекций по всем темам лекционного курса (Power Point -27 шт.)
7.6	Компьютерные классы (корпус 11 на ул. Л.Толстого, ауд. 4/12, 4/15) с выходом в сеть Интернет для выполнения СРС, ознакомления с интернет-источниками, видео-материалами.
7.7	Для проведения интерактивного обучения обеспечен доступ аспирантов в симуляционный центр – Центр интегративного и практического обучения КРСУ, оборудованный тренажерами, манекенами-имитаторами, реанимационным оборудованием и т.д.
7.8	Наглядные пособия (таблицы).
7.9	Набор материалов для освоения практических навыков:
7.10	• набор для проведения люмбальной пункции (шприцы, иголки с мандреном, пробирки);
7.11	• набор для проведения промывания желудка (воронки, шприц Жане, зонды);
7.12	• набор для постановки клизм;
7.13	• наборы для забора материала (шприцы, тампоны, предметные стекла, пробирки, чашки Петри);
7.14	• бланки извещения СЭС, лист врачебных назначений, лист инфузионной терапии.
7.15	Иллюстративный материал (выписки из историй болезни).

#### **8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 3

Формами текущего контроля знаний аспирантов являются: разбор ситуационных задач, контроль освоения практических умений, реферативные сообщения.

1. По окончании изучения специальной дисциплины «Инфекционные болезни» проводится зачет в форме решения ситуационных заданий и тестовых заданий.

Критерии оценки тестовых заданий

«Отлично» - правильных ответов 91-100%.

«Хорошо» - правильных ответов 81-90%.

«Удовлетворительно» - правильных ответов 71-79%.

2. При проведении зачета также оценивается самостоятельная работа аспирантов: подготовленный тематический реферат подготовленные доклады или сообщение для конференции; Проводится собеседование по контрольным вопросам.

Критерии оценки освоения практических навыков и умений:

оценка «отлично» выставляется тогда, когда из работы ясно, что обучающийся глубоко и прочно освоил программный материал, умеет увязывать теорию с практикой, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, а содержание работы изложено исчерпывающе и полно, последовательно, четко и логически стройно, без каких-либо неточностей;

оценка «хорошо» выставляется тогда, когда из работы ясно, что Обучающийся твердо знает программный материал, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, а содержание работы изложено грамотно, без существенных неточностей в ответе на вопросы;

оценка «удовлетворительно» выставляется тогда, когда из работы ясно, что обучающийся имеет знания основного программного материала, но не усвоил его деталей, испытывает затруднения при выполнении практических работ, в работе допущены неточности, недостаточно правильны формулировки, нарушения логической последовательности.

оценка «неудовлетворительно» выставляется тогда, когда из работы ясно, что обучающийся не знает значительной части



программного материала, неуверенно и с большими затруднениями выполняет практические работы, а в изложении работы допущены существенные ошибки.

### 3. Критерии оценки по решению ситуационных задач

«Отлично» - аспирант правильно решает задачу, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

«Хорошо» - аспирант правильно решает задачу, допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответе на вопросы.

«Удовлетворительно» - аспирант ориентирован, но не может полностью ответить на все вопросы задачи. Допускает существенные ошибки; при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

«Неудовлетворительно» - аспирант не может решить ситуационную задачу. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов.

### 4. Аспиранты готовят реферативные сообщения по журнальным статьям, опубликованным по проблемным вопросам в местных, российских и зарубежных периодических изданиях.

#### Критерии оценки выполнения реферата

«Отлично» - материал изложен логически правильно, доступной форме: наглядностью (презентации, фото, плакаты). При написании работы были использованы современные литературные источники.

«Хорошо» - материал изложен недостаточно полно, при подготовке работы были использованы периодические издания старых лет выпусков. Использован наглядный материал в недостаточном объеме.

«Удовлетворительно» - тема раскрыта слабо, односторонне, в подготовке работы был использован только интернет и/или 1-2 периодическое издание. Наглядность не использована или подобрана неправильно.

«Неудовлетворительно» - порученный реферат не выполнен, подготовлен и доложен небрежно.

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №1.***

Больной С., 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. 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, не резко 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\*10<sup>9</sup>/л, п/я-8%, с/я-51%, лим.-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. План обследования и лечения.

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №2.***

Больная О., 35 лет, воспитатель детского сада. Обратилась к участковому врачу 11.09. на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, нарушение сна, слабость. Заболела остро, в течение 3 дней температура достигла до 39°C, беспокоила головная боль, снизился аппетит, стала часто просыпаться ночью, нарастала слабость. Сообщила врачу, что в течение последнего месяца в группе отмечено 2 случая заболеваний детей «гриппом». У некоторых из них был жидкий стул. Температура повышалась в течение 5-8 дней.

При осмотре на 3-й день болезни температура 39,1°C. Состояние средней тяжести. Кожа бледная. Слизистая ротоглотки чистая. Язык суховат, обложен белым налетом. В легких хрипов нет. Пульс 84 уд/мин., АД 100/60 мм.рт.ст. Живот слегка болезненный в области пупка, мягкий. Стул был два дня назад, нормальный, оформленный без патологических примесей. Дизурии нет. Менингеальных знаков нет.

Врачом был поставлен диагноз «грипп», назначены бисептол, аспирин, анальгин. На фоне терапии температура сохранялась в течение недели, затем снизилась до нормальной, но в течение примерно 7 дней продолжала беспокоить слабость. На 17-й день от начала болезни была выписана на работу. Спустя 12 дней вновь появилась головная боль, кашель, температура 38,4°C. Участковым врачом отмечена бледность кожи, сухие рассеянные хрипы в легких. Плохой аппетит, обложенность и отечность языка. Пульс 72 уд/мин. Обращали на себя

внимание вздутие живота, увеличение печени и селезенки. Госпитализирована с диагнозом «грипп, пневмония».

**Задание.**

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

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №3.***

Больной Н., 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 пятнистопапулезная 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 №4.***

Больная У., 21 год, воспитатель детского сада, 24.05 обратилась к врачу амбулатории с жалобами на сильную слабость, озноб, схваткообразные боли внизу живота, больше слева, жидкий стул. Считает себя больной с 16 час. 23.05, когда внезапно появились сильные схваткообразные боли внизу живота, слабость, озноб. Через час появился кашицеобразный стул (6 раз за вечер). Около 20.00 был кратковременный обморок. В последующие часы отмечала головокружение, ощущение дурноты при каждой попытке встать с постели. В детском саду, где работает больная, 20.05. и 21.05. несколько детей госпитализировано с подозрением на острую дизентерию.

При осмотре врачом выявлено: температура тела 36,0°C. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сигмовидная кишка мягкая, безболезненная, не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Поколачивание по области почек безболезненное. Менингеальных явлений нет.

**Задание.**

1. Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
2. Обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
3. Укажите тактику ведения больной.

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №5.***

Больная К., 32 года, продавец в частном магазине «У дома», 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 не снижен. 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. Диагноз и его обоснование.
2. Как следует решить вопрос о госпитализации?
3. Какие лабораторные исследования необходимо провести у данной больной?
4. Наметьте план лечения больной.

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №6.***

Больная П., 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.

**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 №7.***

Больной А., 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 №8.***

Больная А., 22 года, 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 №9.***

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

Объективно: состояние тяжёлое. Температура 36,5°C. Кожные покровы бледные, сухие, тургор понижен. Цианоз губ и кончиков пальцев рук. Язык обложен белым налётом, сухой. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс 104 уд/мин, слабого наполнения. АД-80/50мм.рт.ст. Живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной и околопупочной областях, выслушивается усиленное урчание. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. С утра больная не мочилась. Стул обильный, водянистый, зелёного цвета, зловонный, с примесью слизи.

В общем анализе крови: Лейк.- $13,2 \cdot 10^9$ /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 – 130 ммоль/л.

#### **Задание.**

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

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №10.***

В медицинский пункт аэровокзала обратился больной М., 42 года. Доставлен товарищами – членами туристической группы, возвращающимися из Индии, где были в течение 10 дней. Заболел ночью в самолёте - появилось урчание в животе и жидкий водянистый стул. До момента обращения к врачу стул был более 20 раз, трижды - обильная рвота водянистым содержимым. Появилось головокружение, нарастала слабость. Через 12 часов от начала заболевания состояние крайней тяжести.

Общая синюшность кожных покровов, сухость слизистых, говорит шепотом. Глазные яблоки запавшие, черты лица заострившиеся. Тургор кожи резко снижен, симптом «руки прачки». Кожные покровы холодные, покрыты липким потом. Температура тела 35,4°C. Периодически больной становится возбужденным, возникают судороги конечностей. Язык сухой, покрытый коричневым налётом. Одышка – 34 в минуту. Пульс нитевидный, частота

сердечных сокращений 130 уд/мин. АД 30/0 мм.рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. В сознании. Менингеальных явлений нет.

**Задание.**

1. Обоснуйте клинический диагноз и определите степень обезвоживания.
2. Какие меры следует предпринимать при выявлении больного холерой?
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?
5. У больного установлены такие показатели КОС: рН -7,32; РСО - 22 мм.рт.ст.; SB - 16 ммоль/л; BE – 8 ммоль/л; гематокрит - 49%. Адекватна ли проведенная терапия?

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №11.***

Скорая медицинская помощь вызвана в медпункт вокзала к больному Ж., 50 лет, приехавшему из России. 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 общее тяжелое состояние, судороги икроножных мышц, цианоз, сухость слизистых оболочек и кожи, сильная жажда, афония, тахикардия, небольшая разлитая болезненность при пальпации живота. С 7 часов не мочился. В машине «скорой помощи» начато введение гемодеза (200мл), 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 № 12.***

Больная Е., 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 ее 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 работе имеются случаи заболевания, сопровождавшиеся жидким стулом.

**Задание.**

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

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №13.***

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 узловатой 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 №14.***

Больная Р., 52 года, доставлена в инфекционную больницу с диагнозом «иерсиниоз». Жалуется на слабость, повышение температуры, обильную сыпь на 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 №15.***

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 тыс. х 3раза 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 №16.***

Больной М., 5 лет, заболел остро с повышения 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°, стул сохранялся жидким до 3 раз в сутки, появились боли в суставах, мелкоточечная 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° С. В зеве умеренная разлитая гиперемия, бугристость 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 кишечной иерсиниозным диагностикумом*** на 3-й и 10-й день болезни (-);

***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 (-).

#### **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 №17.***

Больной К. 42 года, заболел после употребления из озера воды, находясь на. На следующий день почувствовал слабость, появились тошнота, рвота, схваткообразная боль в животе, частый водянистый стул, пенистый, 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 №18.***

Больная С., 24 года, поступила в инфекционную больницу с диагнозом «пищевая токсикоинфекция» в состоянии средней тяжести. Заболела остро 4 дня назад, когда появились боли в животе, учащенный до 3 раз кашицеобразный стул без патологических примесей, першение в горле, температура поднялась до 37,8°C. Указанные жалобы сохранялись в течение последующих 2 дней, температура держалась на субфебрильных цифрах. На 3-й день болезни состояние ухудшилось, температура достигла 38,7°C, появились сильная головная боль, тошнота, рвота 4 раза в сутки.

Объективно: Температура 37,7°C. 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 налетом. 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 92% лимфоцитов, 8% нейтрофилов.

#### **Задание.**

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

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №19.***

На прием 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. ее мать лежит в больнице, а что с ней они не знают.

Объективно: состояние удовлетворительное. Бледна. Кожа чистая. Живот вздут, безболезненный. Печень, селезенка 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 №20.***

Больная П., 22 года, 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 37,2°C. 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 селезенка 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, солеными грибами, пила разведённый спирт.

#### **Задание.**

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

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №21.***

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 №22.***

Больной Б., 18 лет. Болен 7 дней. Заболевание началось с повышения температуры до 38,8<sup>0</sup>С, 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 №23.***

К больной С., 42 года, 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<sup>0</sup>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, свободный — 80 мкмоль/л, АлАТ — 1500 нмоль/с\*л, АсАТ — 1800 нмоль/с\*л; протромбиновый индекс — 50%; общий белок — 45 г/л, альбуминов — 35%, альфа<sub>1</sub> — 5%, альфа<sub>2</sub> — 12%, бета — 15%, гамма — 32%; сулемовая проба — 1,4 мл, тимоловая проба 50 ед.

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

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

**Задание.**

1. Поставьте диагноз и обоснуйте.
2. Наметьте терапевтическую тактику.
3. Прогнозируйте течение болезни.

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №24.***

На прием к терапевту обратилась больная А., 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 последующих наблюдений. Диету не соблюдала.

При биохимическом исследовании крови: билирубин свободный-30 мкмоль/л, билирубин связанный-17 мкмоль/л, АлАТ-240 нмоль/с\*л, АсАТ-586 нмоль/с\*л; сулемовая проба 1,7мл; протромбиновый индекс-60%. Обнаружены также: HBs-антиген, HBe-антиген, anti-HBcore IgM.

**Задание.**

1. Укажите диагноз и обоснуйте его.
2. Предложите план лечения больной.

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №25.***

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°C, дважды была рвота. По совету знакомого врача, предположившего грипп, принимал ремантадин, после чего на следующий день температура тела снизилась до 37,5°C, обильно потел, но к вечеру температура вновь повысилась до 40,5°C, 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 №26.***

Больная Ж., 48 лет, жительница пригородного села, 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. Контактных с лихорадящими больными не имела, из места жительства не выезжала. От госпитализации отказалась.

#### **Задание.**

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

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №27.***

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 эпиданамнеза известно, что месяц назад был в Юго-Восточной Азии в туристической поездке.

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 делагила?
2. Какова дальнейшая тактика врача?
3. Составьте план лечения.
4. Составьте план обследования.

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №28.***

Больная Р., 72 года, работница прачечной, обратилась к участковому 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 анальгин 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 инъецированы, на переходной складке единичные кровоизлияния. Цианоз губ. На коже обильная, яркая розеолезнопетехиальная сыпь. Тремор рук и языка при его высовывании. 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 №29.***

Больной И., 32 года 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 инъецированы, 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, больной эйфоричен, несколько возбужден. Менингеальных знаков и очаговой симптоматики нет. Из эпиданамнеза известно: геодезист, 20.08. вернулся из командировки из Иркутской области, где работа была связана с пребыванием 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 №30.***

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 следующей 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. в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Печень и селезенка увеличены.

Анализ крови: Лейкоциты –  $4,6 \cdot 10^9$ /л, п/я –19%, с/я – 49%, лимф. – 26%, мон.– 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 №31.***

Больной Р., 42 года, в течение года живет в Бишкеке, 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 землянисто-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- $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, тромб.- $156 \cdot 10^9$ /л., лейкоц- $3,4 \cdot 10^9$ /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 №32.***

Больной У., 21 год, обратился к врачу в связи с появлением 2 язв на щеке. Заболел 2-3 недели назад. Вначале на щеке появилось 2 бугорка красного цвета, которые увеличивались в размерах, а затем превратились в язвы.

При осмотре состояние удовлетворительное. На коже щеки 2 язвы диаметром 3-5 см, с неровными краями, скудным серозным отделяемым, слегка болезненные при пальпации. Вокруг язвы кожа инфильтрирована. Со стороны внутренних органов патологии нет. Из эпиданамнеза известно, что за месяц до болезни вернулся из Таджикистана, где проходил срочную военную службу в пограничных войсках, подвергался укусу москитов. Контакт с инфекционными больными не имел. Парентеральные манипуляции отрицает.

#### **Задание.**

1. Поставьте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте план обследования и лечения.
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
4. Каков механизм заражения?

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №33.***

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 Россию, где в течение 2-х недель жил в полевых условиях.

Состояние тяжелое. Больной возбужден, лицо гиперемировано. Сосуды склер и конъюнктивы инъецированы. В правой подмышечной области резко болезненный, плотный конгломерат, с отеком 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 налетом. Живот безболезненный, пальпируется край селезенки. 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 №34.***

Больной В., 38 лет, обратился к врачу с жалобами на высокую температуру, слабость, ломоту в теле, головную боль, сильные боли в правой подмышечной области. Считает себя больным в течение 4 дней. Заболевание началось с познабливания и подъема температуры до 38°C, тогда же отметил болезненность в правой подмышечной области. Самостоятельно принимал анальгин, делал компрессы на правую подмышечную область. Однако состояние ухудшалось: по вечерам беспокоили ознобы, держалась лихорадка – 39-40°C, боль в подмышечной области постепенно усиливалась, что заставило больного обратиться к врачу. Перед заболеванием ездил к родителям, живущим в сельской местности, помогал по хозяйству, участвовал в сельскохозяйственных работах.

При осмотре: на правой кисти имеется рана, покрытая гнойной коркой, с гиперемией вокруг нее. В правой подмышечной области определяется болезненное образование с размером 5х6 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 120/70мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка 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 №35.***

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 инъекцированы. В левой подмышечной впадине пальпируется плотный умеренно болезненный лимфоузел размерами 3х4 см с четкими контурами, кожа над ним не изменена. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Печень выступает на 2см 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 Иссык-Кульскую область, 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 туляремии и их связь с клиническими формами болезни?

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №36.***

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 продолжала оставаться 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 №37.***

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 ее 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 селе. Никуда не выезжал. Занимается выделкой шкур. Контакт с инфекционными больными отрицает.

#### **Задание.**

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

#### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №38.***

Больной К., 25 лет, заболел 25.05 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 Нарынской области, 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. Кровоизлияния 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 №39.***

Больной Х., 32 года, 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?

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №40.***

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 39,40. 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. Пил сырую воду из колодца. На посуде, газовой плите обнаруживал мышинный помет.

Состояние при поступлении тяжелое. Лицо гиперемировано, конъюнктивы и склеры инъекцированы. Кровоизлияние в склеру 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 №41.***

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 80/30мм.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 №42.***

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 № 43.***

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° С. 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 №44.***

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 120/75мм.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%, реакция Панди +++ , в мазке –88% лимфоцитов, 12% нейтрофилов.

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

На фоне проводимой терапии головная боль и менингеальные симптомы уменьшились, но появился парез левой руки, признаки атрофии шейноплечевой 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 №45.***

В медпункт вокзала обратилась беженка (14 лет) из г. Грозного 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 №46.***

Больной В., 18 лет, студент техникума, доставлен в психиатрическую больницу 28 августа с диагнозом: «Острый психоз? Алкогольный делирий?». Болен 3-ий день: появилось беспокойство, раздражительность, боль в ногах, температура 37,5°C, плохой сон. Сегодня состояния 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 100/50мм.рт.ст., пульс-130 уд/мин, температура 38,6°C. Частота дыхания до 38 в 1 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 №47.***

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 №48.***

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 пленчатый 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 №49.***

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 №50.***

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 тяжелое. Беспокойна, не может лежать. Бледная, цианоз губ. При аускультации легких – дыхание жесткое, 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 №51.***

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 солпадеин). 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 №52.***

Больной 3-х лет, посещает детский сад. За последние дни из группы выведено 4 ребенка с выраженными катаральными явлениями.

Данный больной заболел с повышения температуры до 37°C, насморка. В последующем температура повысилась до 38,7-39°C, усилился насморк, появился влажный кашель, гнойное отделяемое из глаз.

Ткани лица пастозные, веки отечные, из носа обильное слизистое отделяемое, крылья носа мацерированы, склерит, слезотечение, гиперемия конъюнктивы. В зеве яркая разлитая гиперемия, зернистость мягкого неба, бугристость задней стенки глотки, по ней стекает мутная слизь. Боковые валики утолщены, отечны. Увеличены все группы лимфоузлов. В легких выслушивается жесткое дыхание, проводные сухие и единичные крупнопузырчатые влажные хрипы. Печень+ 2+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 №53.***

Ребенок 10 месяцев, заболел остро ночью с подъема температуры тела до 38,5°C, 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/л, 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, ц.п. - 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.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Окажите помощь на догоспитальном этапе.
5. Где следует лечить больного?

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №54.***

Девочка 1 года 9 месяцев, заболела за 3 дня до поступления в стационар. В 1-й день болезни температура повысилась до 37,4<sup>0</sup>С, 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, хрипловатым. На 2-е сутки девочка стала беспокойной, просыпалась ночью от частого кашля, голос стал еще более осипшим. На 3-й сутки температура оставалась субфебрильной, голос и кашель стали беззвучными, при кашле и волнении появлялся шумоватый вдох и небольшое втяжение эпигастральной области. Ребенок стал беспокойным, и врач направил его в больницу.

При поступлении состояние тяжелое, температура 38,0<sup>0</sup>С, девочка вялая, бледная, выражен цианоз носогубного треугольника. Афония, кашель сухой, беззвучный. Резко выражено стенотическое дыхание с втяжением всех податливых мест грудной клетки. Пульс учащен до 148 уд/мин. Через 1,5 часа состояние ребенка ухудшилось, девочка стала крайне беспокойной, мечется, появился липкий пот на лбу и волосистой части головы, цианоз губ и носогубного треугольника, отмечается выпадение пульсовой волны на вдохе на 4 – 5 сердечном ударе.

#### **Задание.**

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

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №55.***

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 №56.***

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 №57.***

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?
3. Каков прогноз болезни?

#### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №58.***

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 №59***

Девочке 6 лет, из многодетной семьи, документа на ребенка нет. Заболела с подъема температуры до 39,0С, 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, резчайшая тахикардия, вновь стало снижаться АД 70/40 мм.рт.ст., границы сердца расширенны 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 №60***

Ребенку 7 лет. Страдает нейродермитом, повторными ОРВИ, ангинами. Заболел остро с повышения температуры до 38,5<sup>0</sup>-39<sup>0</sup>С, 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 №61.***

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 фурациллина, ампициллин по 200 тыс. 4 раза в сутки внутрь). Наложения на миндалинах сохранялись в течение недели в виде островков, довольно легко снимались шпателем, но не полностью растерались 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, Ц.п. – 1,0, Лейк –  $9,6 \cdot 10^9$  /л; п/я-4%, с/я- 65%, б – 1% л- %, м-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 №62.***



Мальчик 2 года, посещает детский сад. Воспитатель в группе заболела ангиной. Утром в детском саду ребенок пожаловался на боль при глотании, отказался от еды. Осмотрен врачом: температура тела  $37,3^{\circ}\text{C}$ , 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 третьему дню сыпь исчезла, зев побледнел. Мама прекратила лечение, т.к. посчитала ребенка выздоровевшим. Через 2,5 недели вновь повысилась температура до  $38^{\circ}\text{C}$ , 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 a.pulmonalis. Живот мягкий, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул оформлен. Диурез снижен.

**Общий анализ крови:** Нв - 100 г/л, Эр -  $3,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , Лейк –  $11,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ; 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 №63.**

Ребенок 4х лет заболел остро с повышением температуры тела до  $38,5^{\circ}\text{C}$ , 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 -  $39,0^{\circ}\text{C}$ , жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, при этом носогубный треугольник бледный. Кожные покровы сухие, гиперемированы, на туловище, сгибательных поверхностях конечностей обильная мелкоточечная сыпь. Слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 140 уд\мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочится свободно. Стул оформленный.

St. localis: тонзиллярные лимфатические узлы до 1 см в диаметре, безболезненны. Рот открывает свободно. Отека в зеве и на шее нет. В ротоглотке яркая отграниченная 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 -  $3,4 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , лейкоц -  $13,5 \cdot 10^9/\text{л}$ ; э- 3%, п/я- 10%, с/я- 65%, л- 17%, м-5%, СОЭ- 25 мм/час.

**Общий анализ мочи:** без патологии.

**В посеве 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 №64.**

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

**Задание.**

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

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №65.**

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 слабоположительный. 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 №66.***

Больной П., 25 лет, рабочий. Обратился в МСЧ завода в связи с плохим самочувствием, слабостью, повышением температуры тела до 37,5°C, появлением кашля и насморка, головной боли.

Осмотрен врачом. Отмечены отечность, гиперемия слизистой ротоглотки. С диагнозом «грипп» отправлен домой. В течение следующих 2-3 дней самочувствие ухудшилось, нарастала слабость, мучил сухой кашель, насморк, температура достигла 39,5°C, исчез аппетит, плохо спал ночью. Врач поликлиники, вызванный на дом, выявил гиперемию и одутловатость лица, отечность конъюнктив и краев век, слезотечение и светобоязнь. Кашель был частым, грубым, голос - охрипшим.

При осмотре полости рта и глотки - яркая гиперемия, отечность, рыхлость слизистой. На внутренней поверхности щек (напротив коренных зубов) беловатые образования до 1 мм в диаметре, окруженные небольшим венчиком красноты. В легких рассеянные, сухие хрипы, пульс 98 уд/мин, ритмичный. Латеральные шейные лимфоузлы увеличены, безболезненны. Печень не увеличена. Менингеальных явлений нет.

**Задание.**

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

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №67.***

Ребенок, 4 года 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. Если 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 № 68.***

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 №69***

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

селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет. Физиологические отправления не нарушены.

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

**Задание.**

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

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №70.**

Больной С., 26 лет, инженер. Почувствовал разбитость, познабливание, боль в шее при движении головой. При ощупывании шеи обнаружил с обеих сторон множественные болезненные «шишки», размером до 2 см. Температура 37,8°C. К врачу не обращался, лечился самостоятельно: сухие компрессы на шею, жаропонижающие препараты. Состояние не улучшалось, появилась заложенность носа. На 4 день болезни заметил отек век. К 6-му дню болезни температура поднялась до 38,7°C, появилась боль при глотании. Врач поликлиники диагностировал лакунарную ангину и назначил ампициллин в дозе 1 г/сут. На 3-4 сутки приема препарата появилась сыпь на коже. Повторно осмотрен врачом.

При осмотре: лицо одутловатое, веки отечны. На лице, туловище и конечностях обильная пятнисто-папулезная сыпь с геморрагическим компонентом. Миндалины увеличены до 2-ой степени, умеренно гиперемированы, в лакунах гнойные наложения. Пальпируются увеличенные до 1,5-2см болезненные задне-, переднешейные, подмышечные лимфоузлы. Печень увеличена, пальпируется край селезенки. Направлен на госпитализацию с диагнозом «корь».

**Задание.**

1. Согласны ли Вы с диагнозом врача поликлиники? Каков Ваш диагноз?
2. В чем особенности данного клинического случая?
3. Проведите дифференциальный диагноз с дифтерией, корью и лакунарной ангиной.
4. Какое дополнительное обследование необходимо для уточнения диагноза?

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №71.**

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-25мкмоль/л, связанный-6,3мкмоль/л, АЛТ-629нмоль/с\*л, АСТ-435нмоль/с\*л.

#### **Задание.**

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

#### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №72.***

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 №73.***

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.

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 74.***

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 –120/70мм.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 №75.**

Больная С., 42 года, заболела остро около 10 дней назад с озноба и подъема 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., удовлетворительного наполнения, АД –110/70мм.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 №76.**

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 №77.***

Больной С., 28 лет, работник мясокомбината, постоянно проживает в Москве, 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 вечером). 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 №78.***

Больная Е., 32 лет, свиарка, 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 №79.***

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 ампиоксом 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 - 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 №80.***

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 №81.***

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. 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. Обоснуйте необходимость профилактических мероприятий после выписки и составьте их планы.
4. Каков морфологический субстрат данной инфекционной болезни?

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №82.***

Больной К., 54 лет, слесарь, обратился к врачу с жалобами на слабость, высокую температуру тела, головную боль и сильную «дергающую» боль в правой ладони и подмышечной области. 7 дней тому назад на работе поранил кисть правой руки. Через 3-4 дня появилась боль в области раны на правой кисти, а затем в подмышечной области. Кисть покраснела и отекала.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 39,4°C. Правая ладонь отечна, отек распространяется на предплечье. Кожа на тыльной поверхности кисти гиперемирована, горячая, края нечеткие. Пальпация кисти чувствительна, в центре – резко болезненный инфильтрат. В области 2-го пальца ссадина 1,5x1 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 №83.***

Больная Л., 26 лет, рабочая рыбного хозяйства, 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 №84.***

В инфекционную больницу поступил больной Р., 28 лет, с жалобами на высокую температуру тела (до 40°C), 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 отеочной тканью.

**Задание.**

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

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 85.***

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, находили 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 осмотрен — 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 эпидемиологического анамнеза?
3. План обследования.
4. Прогноз. Тактика ведения.

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 86.***

В терапевтическом отделении у больного с хроническим активным гепатитом получена положительная реакция на ВИЧ в ИФА.

**Задание.**

1. Как интерпретировать такой результат?
2. Тактика дальнейших действий врача.
3. Сообщить ли больному о наличии у него ВИЧ-инфекции?

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 87.***

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 поликлиники 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?
2. Предположите диагноз и обоснуйте его.
3. Каких данных не хватает для уточнения диагноза.
4. План обследования и лечения.
5. Для каких инфекционных заболеваний характерно развитие пневмонии.

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 88.***

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 проведения химиопрофилактики.

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №89.***

Больной Ф., 27 лет, божж, 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 (около 3 мес) 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 №90.***

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 №91.***

Больная Н., 42 года, 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 Сибири.

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 №92.***

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 при поступлении средней тяжести. Лицо гиперемировано, одутловато. Веки отечны. Склеры, конъюнктивы инъектированы. 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. Со стороны ЦНС без патологии.

Анализ крови при поступлении: Нв-138 г/л, L- 12,8\*10<sup>9</sup>/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.

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №93.***

У пациента, сразу после введения противодифтерийной сыворотки, резко ухудшилось общее состояние: появилась резкая бледность кожных покровов, одышка (ЧДД 35 д/мин), аритмичный, нитевидный пульс (ЧСС 143 уд/мин), глухость тонов сердца, t – 35,5<sup>0</sup>С.

**Задание:**

1. поставьте диагноз;
2. составьте алгоритм оказания неотложной доврачебной помощи;
3. составьте алгоритм подачи кислорода через носовой катетер.

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №94.***

У пациента с диагнозом «брюшной тиф» на 19-тый день болезни появилась резкая слабость, головокружение, шум в ушах, t снизилась до 35,5. Пульс – 120 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. Лицо бледное. Кал черного цвета.

**Задание:**

1. поставьте диагноз;



2. составьте алгоритм действия по оказанию неотложной доврачебной помощи;
3. составьте алгоритм действия по применению пузыря со льдом.

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №95.***

Вызов на дом бригады СП. Мужчина 37 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 7 лет. В настоящее время жалуется на слабость, головокружение. Сегодня была 3 раза рвота, и рвотные массы напоминали «кофейную гущу».

Объективно: кожные покровы бледные. Пульс 100 уд./мин, АД 90/60 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, живот слегка вздут, болезнен в области эпигастрия.

#### **Задание:**

1. поставьте диагноз;
2. составьте алгоритм действия по оказанию неотложной доврачебной помощи;
3. составьте алгоритм действия по применению пузыря со льдом.

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №96.***

По «Скорой помощи» к фельдшеру обратился мужчина 30 лет с жалобами на остро возникшие очень интенсивные «кинжальные» боли в эпигастральной области, слабость, головокружение. Заболел 3 часа назад. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Объективно: бледен, лицо покрыто холодным потом, заторможен. АД 90/60 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, живот напряжен, «доскообразный», резко болезнен в эпигастральной области, больной в вынужденной позе на боку с притянутыми к животу бедрами.

#### **Задание:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №97.***

Женщина 20 лет обратилась с жалобами на выраженный, плотный, бледный, незудящий отек лица, затрудненное дыхание, слабость, тошноту, повышение температуры до 38<sup>0</sup>С. Это состояние развилось через 30 мин после инъекции антибиотика.

Объективно: на лице значительно выраженный отек, ушные раковины отечные, глаза почти закрыты, из-за отека язык не уместается во рту, голос осипший. Пульс 110 уд./мин. АД 90/60 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, живот безболезнен.

#### **Задание:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №98.***

Пациент 25 лет сразу после введения сыворотки стал жаловаться на головокружение выраженную слабость чувство жара, головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной.

Объективно: состояние тяжелое бледность кожи с цианозом, обильная потливость. Тоны сердца резко приглушены, пульс нитевидный, 120 уд./мин. АД 80/50 мм рт. ст. Число дыхательных движений грудной клетки — 40 в минуту.

#### **Задание:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №99.***

Пациент 18 лет при заборе крови из пальца потерял сознание.

Объективно: кожные покровы бледные, зрачки расширены АД 80/60 мм рт. ст. Пульс 60 уд./мин, слабого наполнения и напряжения. В горизонтальном положении у больного сознание быстро и полностью восстановилось.

#### **Задание:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №100***

По СП поступил больной 24х лет с жалобами на боли по всем животу, вокруг пупка, тошноту, однократную рвоту. Боли приступообразного характера, за последний час локализовались в правой подвздошной области.

Объективно: температура 37,5°C, живот болезнен при пальпации в правой паховой области. Положительны симптомы Ситковского, Воскресенского, Щеткина — Блюмберга.

#### **Задание:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №101***

Больная 72 года обратилась с жалобами на боли по всему животу, вздутие живота, отсутствие стула и газов, рвоту желчью. В анамнезе несколько полостных операций.

Объективно: кожные покровы бледные, тоны сердца ритмичные. Пульс 68 уд./мин. АД 130/100 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, живот вздут, при пальпации болезнен во всех отделах. Аускультативно: отсутствие перистальтики кишечника.

**Задание:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №102***

Пациенту 35-ти лет назначено амбулаторное лечение ампициллином на фельдшерско-акушерском пункте. Через несколько минут после в/м введения ампициллина пациент стал жаловаться на общую слабость, прилив крови к лицу («как бы обдало жаром»), головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной. Состояние тяжелое, Бледность кожи с цианозом, обильная потливость, Глухие тоны сердца. Нитевидный пульс 120 уд./мин. АД 80/50 мм рт.ст. ЧДД 28 в мин. Одышка экспираторного характера.

**Задание:**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и дайте обоснование каждого этапа.
3. Продемонстрируйте технику измерения АД.

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №103***

Мальчик 8 лет, поступил в больницу с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку. Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. С 5 месяцев страдает атопическим дерматитом. Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии - бронхиальная астма, у матери - экзема. С 6 летнего возраста был установлен диагноз: Бронхиальная астма, атопическая, средней степени тяжести, персистирующее течение. Базовой терапии не получал. Заболел 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2°C отмечались насморк, чихание. В связи с ухудшением состояния, появлением приступообразного кашля, одышки направлен на стационарное лечение. При осмотре состояние средней тяжести. Рост 125 см, масса 25 кг. Ребенок несколько возбужден, занимает положение ортопноэ. Температура тела 37,7°C приступообразный кашель, дыхание свистящее с удлинённым выдохом, ЧД - 32 в 1 минуту. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована, зернистая. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушивается жесткое дыхание, рассеянные свистящие сухие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС - 88 ударов в мин.

**Задание:**

1. Предварительный диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
4. Какие осложнения могут развиваться при данном заболевании?
5. Составьте программу мероприятий неотложной помощи.

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №104***

Ребенок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 мес. из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные смеси. С 1,5 мес. - на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы.

Семейный анамнез: у матери - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров. Ребенок в 3 мес. перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое.

Настоящее заболевание началось остро, с подъема температуры до 38°C. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Температура тела 37,6°C. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 74 в минуту. Перкуторно: над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 ударов в мин. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

#### **Задание:**

1. Предварительный диагноз.
2. План дополнительного обследования больного.
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
4. Какие осложнения могут развиваться при данном заболевании?
5. Составьте программу лечения больного и дайте ее обоснование?

### ***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №105***

Мальчик 2,5 года, поступил в больницу с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 8 месяцев. До 2 лет рос и развивался хорошо.

Семейный анамнез: не отягощен.

Настоящее заболевание началось остро, с подъема температуры до 38°C. На следующий день появились сухой кашель, затрудненное дыхание. По скорой помощи ребенок был направлен в стационар.

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 86 см, масса 17,5 кг. Физическая активность ребенка не страдает, отвечает на вопросы. Температура тела 37°C. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована, зернистая. Ребенок повышенного питания, подкожножировой слой развит избыточно, распределен равномерно. Дыхание через нос затруднено, отделяемого нет. Кашель сухой, редкий. Дыхание свистящее с удлиненным выдохом. Легкое втяжение межреберных промежутков. ЧД - 40 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушивается жесткое дыхание, рассеянные свистящие сухие. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС - 88 ударов в мин.

**Задание:**

1. Предварительный диагноз.
2. План дополнительного обследования больного.
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
4. Составьте программу мероприятий неотложной помощи.

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №106***

Ребенок В., возраст 2 г. 5 мес., перенес ОРВИ и кишечную инфекцию.

Развитие и рост соответствуют возрасту. В 1 г. 8 мес. был поставлен диагноз аллергический дерматит. Мать жалуется на снижение аппетита у ребенка, неприятный запах изо рта, сыпь на коже. При осмотре состояние удовлетворительное, на коже – полиморфная розовая сыпь. При пальпации: живот безболезненный, подвздут, печень и селезенка не увеличены, стул неустойчивый, склонность к запорам. В фекалиях обнаружены цисты лямблий. Методом ИФА в крови обнаружен высокий уровень суммарных антител к антигенам *L. intestinalis*.

**Задание:**

1. Поставить диагноз;
2. Назначить лечение.

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №107***

Ребенок А., возраст 4 г. 9 мес., привит по возрасту, на диспансерном учете не состоит. К врачу-педиатру обратилась мать с жалобами на то, что у ребенка в последние 3 дня отмечается температура тела 37,4-37,8°C, снижение аппетита, отрыжка при приеме пищи, учащенный кашицеобразный стул 4-5 раз в день с примесью слизи и неприятным запахом. При осмотре состояние ближе к среднетяжелому, вялый, капризный. Кожа сухая, бледная, уртикарная сыпь на коже щек и ягодиц. Язык обложен белым налетом, в углах рта заеды. При пальпации: живот вздут, болезненный в верхних отделах, отмечается урчание по ходу кишечника. Печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови – лимфоцитоз, эозинофилия (12%). В копрограмме – зерна крахмала, жиры, большое количество непереваренной клетчатки, слизь.

**Задание:**

1. Поставить предварительный диагноз;
2. Назначить дополнительное обследование.

***КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №108***

Больная Н., 18 лет, студентка. Обратилась к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на снижение аппетита, неприятный запах изо рта, периодические боли в области желудка, ощущение тяжести в правом подреберье после приема жирной пищи, повышенное газообразование, неустойчивый стул. Подобные жалобы сохраняются на протяжении 2 лет.

При осмотре состояние удовлетворительное, температура тела 36,5°C, нормостеник, пониженного питания. Кожа и склеры чистые, язык густо обложен желтовато-серым налетом, запах изо рта, зубы санированы, зев спокойный. Живот умеренно вздут, чувствительный в области эпигастрия, определяется урчание при пальпации. Печень увеличена на 2 см ниже края реберной дуги, симптом Ортнера слабopоложительный. Селезенка не увеличена. Утром был кашицеобразный стул.

Проведенные обследования:

Биохимический анализ крови – АЛТ – 120 Е/л, АСТ – 94 Е/л, общ. Билирубин – 12,3 мкмоль/л, ЩФ – 690 Е/л; маркеры вирусных гепатитов – HBsAg, a- HCV, a-HDV, a-HAV-IgM– отриц.

В ОАК – ускоренная СОЭ, умеренный лимфоцитоз.

**Задание:**

1. Поставить предварительный диагноз;
2. Назначить дополнительное обследование;

Выберете инвазивные кишечные инфекции:

- a) ротавирусная;
- b) энтеровирусная диарея;
- c) шигеллез;
- d) эшерихиоз 1 категории.

При инвазивных кишечных инфекциях лечение антибиотиками эффективно при назначении:

- a) внутримышечно;
- b) внутривенно;
- c) перорально;
- d) люмбально.

Важным показателем в копрограмме при энтероинвазивных кишечных инфекциях является:

- a) лейкоциты и эритроциты в поле зрения;
- b) нейтральный жир;
- c) крахмал, растительная клетчатка;
- d) мышечные волокна.

Основной принцип лечения энтероинвазивных кишечных инфекций:

- a) этиотропный;
- b) патогенетический;
- c) симптоматический;
- d) нетрадиционные методы лечения.

Шигеллез относится к группе:

- a) энтеропатогенных кишечных инфекций;
- b) энтеротоксигенных кишечных инфекций;
- c) энтероинвазивных кишечных инфекций;
- d) персистирующей диареи;
- e) секреторной диареи.

Наиболее тяжело протекает шигеллез, вызванный:

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

Для шигеллезозов характерны следующие признаки, кроме:

- a) лихорадка;
- b) интоксикация;
- c) схваткообразные боли в животе;
- d) опоясывающие боли в животе;
- e) частый жидкий стул со слизью и прожилками крови.

Шигеллез протекает с преимущественным поражением:

- a) желудка;
- b) проксимального отдела тонкой кишки;
- c) дистального отдела тонкой кишки;
- d) проксимального отдела толстой кишки;
- e) дистального отдела толстого кишечника.

Для шигеллезов характерны схваткообразные боли:

- a) в эпигастрии;
- b) вокруг пупка;
- c) в левой подвздошной области;
- d) в правой подвздошной области;
- e) внизу живота.

Наиболее тяжелое осложнение при шигеллезе:

- a) выпадение прямой кишки;
- b) гипертермия;
- c) инфекционно-токсический шок;
- d) кахексия;
- e) судорожный синдром.

При шигеллезах назначают следующие антибиотики и химиопрепараты, кроме:

- a) ципрофлоксацин;
- b) рифампицин;
- c) фуразолидон;
- d) цефазолин;
- e) бисептол.

Препаратами выбора при шигеллезе Григорьева-Шига являются следующие, кроме:

- a) тетрациклины;
- b) макролиды+ невидграмон;
- c) ампициллин+ невидграмон;
- d) фторхинолоны+ ампициллин;
- e) левомицетин.

При шигеллезе наиболее характерна следующая картина периферической крови:

- a) анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ;
- b) анемия, лейкопения, белая формула крови без сдвигов, ускоренная СОЭ;
- c) незначительная гипохромная анемия, лейкопения, анэозинофилия, палочкоядерный сдвиг влево, относительный лимфоцитоз, умеренно ускоренная СОЭ;
- d) нормоэритроцитоз, лейкопения, относительный лимфоцитоз, СОЭ в норме;
- e) нормоэритроцитоз, лейкоцитоз, нейтрофилез, слегка ускоренная СОЭ.

В патогенезе шигеллеза ведущая роль принадлежит:

- a) инвазии шигелл в эпителиальные клетки толстой кишки и токсинемии;
- b) дисбактериозу;
- c) бактериемии;



- d) аутоиммунным сдвигам.

Дизентерия Зонне отличается от дизентерии вызванной другими шигеллами следующими признаками, кроме:

- a) более коротким инкубационным периодом;
- b) более острым началом;
- c) частыми симптомами гастроэнтерита;
- d) частыми симптомами гемоколита;
- e) преобладанием легкой и среднетяжелой форм.

При дизентерии характерен следующий вид испражнений:

- a) жидкий, с примесью стекловидной слизи равномерно перемешанной с кровью;
- b) жидкий, обильный, водянистый;
- c) жидкий, скудный в виде комочка слизи с прожилками крови;
- d) жидкий, обильный, с примесью гноя, крови, резким гнилостным запахом;
- e) жидкий, с примесью свежей алой крови.

Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами дизентерии устанавливается в течение:

- a) 1 месяца;
- b) 2 месяцев;
- c) 3 месяцев;
- d) 4 месяцев;
- e) более 4 месяцев.

Укажите препарат, используемый для лечения дизентерии колитического варианта тяжелого течения:

- a) пенициллин;
- b) фталазол;
- c) эритромицин;
- d) ципрофлоксацин.

Какое сочетание симптомов характерно для колитического варианта дизентерии?

- a) высокая температура, тошнота, боли в эпигастрии;
- b) высокая температура, боли в левой подвздошной области, скудный стул с примесью слизи и крови;
- c) нормальная температура, боли в правой подвздошной области, жидкий стул с кровью;
- d) высокая температура, диффузные боли в животе, обильный водянистый стул.

Какой материал используется для бактериологического подтверждения дизентерии?

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

Для сальмонеллеза являются характерными следующие пути передачи инфекции за исключением:

- a) пищевой;
- b) контактно-бытовой;
- c) водный;
- d) воздушно-капельный;
- e) аэрогенный.

Для сальмонеллеза являются характерными следующие варианты течения за исключением:

- a) гастритический;
- b) гастроэнтеритический;
- c) гастроэнтероколитический;
- d) энтеритический;
- e) гемоколитический.

Для тифоподобного варианта течения сальмонеллеза характерны следующие симптомы, кроме:

- a) лихорадка;
- b) нарушение сна;
- c) эмоциональная подавленность;
- d) психомоторное возбуждение;
- e) тихий ночной бред.

Основой лечения гастроинтестинальных форм сальмонеллеза являются следующие препараты, кроме:

- a) антибиотики;
- b) кортикостероиды;
- c) инфузионная терапия;
- d) противорвотные средства;
- e) оральная регидротация.

Какие симптомы отличают генерализованную форму сальмонеллеза от локализованной?

- a) рвота;
- b) боли в животе;
- c) жидкий стул;
- d) гепатоспленомегалия.

Какой из антибактериальных препаратов не назначают для лечения генерализованной формы сальмонеллеза?

- a) фуразолидон;
- b) ампициллин;
- c) левомицетин;
- d) ципрофлоксацин.

Укажите звено патогенеза, отличающее генерализованную форму сальмонеллеза от гастроинтестинальной:

- a) проникновение сальмонелл в слизистую оболочку тонкого кишечника;
- b) интоксикация;
- c) бактериемия;
- d) паренхиматозная диффузия возбудителя.

Какие синдромы обуславливают тяжесть течения сальмонеллеза?

- a) изотоническое обезвоживание;
- b) интоксикация;
- c) дегидратация в сочетании с интоксикацией.

Какие клинические симптомы характерны для гастроинтестинальной формы сальмонеллеза?

- a) тошнота, рвота, жидкий 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.

Какое сочетание симптомов характерно для сальмонеллеза?

- a) высокая температура, диффузные боли в животе, водянистый обильный стул;
- b) высокая температура, боли в правой подвздошной области, кашицеобразный стул;
- c) высокая температура, боли в левой подвздошной области, кашицеобразный стул;
- d) высокая температура, кашицеобразный стул без болей в животе.

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;
- e) жидкий, с примесью алой крови.

Сальмонеллез отличается от холеры:

- a) интоксикацией, гипертермией;
- b) гиповолемией;
- c) обильной диареей;
- d) симптомами олигоанурии.

Хроническое бактерионосительство при сальмонеллезе длится:

- a) 15-30 дней;
- b) 30-45 дней;
- c) 45-60 дней;
- d) 60-90 дней;
- e) более 90 дней.

Общими симптомами типичного сальмонеллеза и дизентерии являются следующие, кроме:

- a) острое начало;

- b) жидкий стул;
- c) болезненность сигмовидной кишки;
- d) лихорадка;
- e) интоксикация.

Брюшной тиф вызывается только:

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

Источником инфекции при брюшном тифе являются:

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

Инкубационный период при брюшном тифе колеблется:

- a) от нескольких часов до 3-х дней;
- b) от 3 до 6 дней;
- c) от 7 до 25 дней;
- d) от 25 до 30 дней;
- e) от 30 до 35 дней.

Характерными симптомами брюшного тифа являются следующие, кроме:

- a) лихорадка;
- b) мучительная головная боль;
- c) эмоциональная подавленность;
- d) психомоторное возбуждение;
- e) инверсия сна.

Какая сыпь является наиболее характерной для брюшного тифа?

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

Осложнениями брюшного тифа являются следующие, кроме:

- a) инфекционно-токсический шок;
- b) гиповолемический шок;
- c) перитонит;
- d) кишечное кровотечение;

При брюшнотифозном перфоративном перитоните можно добиться выздоровления, если оперативное лечение применяется:

- a) до 6 часов после перфорации;
- b) от 7 до 12 часов после перфорации;
- c) от 12 до 24 часов после перфорации;
- d) от 24 до 48 часов после перфорации;
- e) от 48 до 72 часов после перфорации;

Бактерии брюшного тифа персистируют в следующих клетках и органах, кроме:

- a) макрофаги;
- b) желчные ходы;
- c) костный мозг;
- d) урогенитальные органы;
- e) ЖКТ;

Для выявления скрытого кишечного кровотечения при брюшном тифе ставится реакция:

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

Основными методами лабораторной диагностики брюшного тифа являются следующие, кроме:

- a) посев крови;
- b) посев мочи;
- c) посев кала;
- d) реакция Видаля;
- e) посев ликвора.

Для лечения брюшного тифа применяются следующие антибиотики, кроме:

- a) левомицетин;
- b) ампициллин;
- c) пенициллин;
- d) цефтриаксон;
- e) цiproфлоксацин.

Для клинической картины паратифа а характерны следующие симптомы, кроме:

- a) лихорадка;
- b) озноб;
- c) полиморфная сыпь на коже;
- d) многократная рвота.

При брюшном тифе наиболее характерна следующая картина крови:

- a) анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ;
- b) анемия, лейкопения, белая формула крови без сдвигов, ускоренная СОЭ;

- c) незначительная гипохромная анемия, лейкопения, анэозинофилия, палочкоядерный сдвиг влево, относительный лимфоцитоз, умеренно ускоренная СОЭ;
- d) нормоэритроцитоз, лейкопения, относительный лимфоцитоз, СОЭ в норме;
- e) нормоэритроцитоз, лейкоцитоз, нейтрофилез, слегка ускоренная СОЭ.

У хронических носителей брюшнотифозных палочек отмечается недостаток антител к О-антигену следующих классов:

- a) IgA;
- b) IgM;
- c) IgG;
- d) IgD;
- e) IgE;

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

- a) посев кала, мочи, желчи;
- b) посев крови, мочи, кала;
- c) реакция Видаля.

К ранним симптомам перфорации брюшно-тифозной язвы кишечника относятся следующие, кроме:

- a) нарастание интоксикации;
- b) нарастание брадикардии;
- c) появление симптомов раздражения брюшины;
- d) нарастание сухости слизистых ротовой полости.

Продолжительность клинических проявлений «современного» брюшного тифа составляет:

- a) 1 неделя;
- b) 2-4 недели;
- c) 6-8 недель;
- d) 8-10 недель;
- e) 10-12 недель.

К особенностям клиники брюшного тифа у детей до 3-х лет относится нижеперечисленное, кроме:

- a) острое начало;
- b) гастро-энтероколитный синдром;
- c) развитие нейротоксикоза;
- d) осложнения (перфорация, кишечное кровотечение).

Начальный период брюшного тифа характеризуется следующими симптомокомплексами, кроме:

- a) нейротоксическим;
- b) бронхопальмональным;
- c) геморрагическим;
- d) абдоминальным;

- e) лихорадочным.

Больным тифо-паратифозными заболеваниями разрешается ходить:

- a) на 4-6 день нормальной температуры;
- b) на 7-8 день нормальной температуры;
- c) на 8-10 день нормальной температуры;
- d) на 11-12 день нормальной температуры;
- e) на 13-14 день нормальной температуры.

Посев желчи у реконвалесцентов тифо-паратифозными заболеваниями, леченных антибиотиками проводится:

- a) на 1-2 день нормальной температуры;
- b) на 4-5 день нормальной температуры;
- c) на 5-7 день нормальной температуры;
- d) на 8-9 день нормальной температуры;
- e) на 10-12 день нормальной температуры.

Контрольные посевы кала и мочи реконвалесцентам тифо-паратифозных заболеваний, леченных антибиотиками проводится:

- a) на 5,10,15 дни нормальной температуры;
- b) на 3,7,12 дни нормальной температуры;
- c) на 10,15,21 дни нормальной температуры;
- d) на 1,5,10 дни нормальной температуры.

Розеолезно-мономорфная сыпь характерна для:

- a) Ку-лихорадки;
- b) брюшного тифа;
- c) псевдотуберкулеза;
- d) сыпного тифа;
- e) аллергической сыпи.

В начальном периоде (1 неделя) брюшной тиф дифференцируется со следующими заболеваниями, кроме:

- a) гриппом;
- b) пневмонией;
- c) сыпным тифом;
- d) холерой;
- e) Ку-лихорадкой.

Укажите сроки первичного появления сыпи при брюшном тифе:

- a) 1-3 день болезни;
- b) 4-7 день болезни;
- c) 8-10 день болезни;
- d) после 14 дня болезни.

Какому периоду морфологических изменений в кишечнике больных брюшным тифом соответствует перфорация кишечника?

- a) период мозговидного набухания пейеровых бляшек и солитарных фолликулов;
- b) период некроза;
- c) период образования язв;
- d) период чистых язв;
- e) период заживления ран.

Неверно по отношению к возбудителю иерсиниоза:

- a) относится к роду иерсиний, так же как и возбудитель чумы;
- b) грамм-отрицательный;
- c) чувствителен к действию высоких температур;
- d) не способен размножаться при температуре ниже  $+10^{\circ}\text{C}$ ;
- e) чувствителен к дезинфицирующим средствам.

Неправильное утверждение при иерсиниозах:

- a) основным источником инфекции является больной человек;
- b) основным источником инфекции являются грызуны;
- c) возбудитель способен размножаться в пищевых продуктах;
- d) возбудитель способен размножаться в условиях бытового холодильника;
- e) заражение происходит при употреблении продуктов и воды.

Для клинической картины иерсиниозов не характерно:

- a) лихорадка;
- b) катаральные явления;
- c) частое развитие пневмонии;
- d) диспепсические явления;
- e) появление экзантемы.

Укажите, в какой возрастной группе чаще встречается ротавирусная инфекция:

- a) новорожденные;
- b) 1-6 мес.;
- c) 6-12 мес.;
- d) до 2 лет;
- e) до 5 лет.

Укажите сезонность ротавирусной инфекции:

- a) осенне-зимний период;
- b) летний;
- c) зимне-весенний;
- d) осенний;
- e) весенний.

Какой из перечисленных методов является ведущим в диагностике ротавирусной инфекции:

- a) вирусологическое исследование кала;
- b) бактериологическое исследование кала;



- c) бактериологическое исследование крови;
- d) копрологическое исследование;
- e) серологическое исследование.

Укажите с какими заболеваниями необходимо дифференцировать ротавирусную инфекцию:

- a) аденовирусная инфекция;
- b) менингиты;
- c) ангины;
- d) вирусные гепатиты;
- e) со всеми перечисленными.

В план лечения больного ротавирусной инфекцией входит все, кроме:

- a) эубиотиков;
- b) регидратации;
- c) диетотерапии;
- d) ферментов;
- e) все ответы верны.

При лечении среднетяжелой формы эшерихиоза 1 категории не назначают:

- a) антибиотики;
- b) кормление по аппетиту;
- c) оральная регидратация;
- d) бифидумбактерин.

У Саши 4-х мес. с эшерихиозом 1 категории (O119) на фоне повторной рвоты, частого жидкого водянистого стула появилось вздутие живота, газы не отходят, ребенок беспокоен. Какие лекарственные препараты ему необходимы?

- a) реланиум;
- b) анальгин;
- c) антибиотики;
- d) препараты калия.

Мальчик 5 лет заболел остро – температура  $39,2^{\circ}\text{C}$ , частый жидкий стул со слизью, кровью, боли в животе. К какой группе кишечных инфекций относится данное заболевание?

- a) энтероинвазивные кишечные инфекции;
- b) энтеротоксигенные кишечные инфекции;
- c) персистирующие диареи;
- d) вирусная диарея.

Эшерихии 1 категории чаще вызывают заболевания у:

- a) детей старшего возраста;
- b) подростков;
- c) взрослых;
- d) детей раннего возраста.

Для эшерихиозов 1 категории характерен стул:

- a) скудный стул со слизью, прожилками крови;
- b) темно-зеленый стул со слизью и кровью;
- c) жидкий стул со слизью;
- d) частый жидкий, водянистый стул.

У Саши 4-х лет поднялась Т до 37,5<sup>0</sup>С, появился жидкий стул со слизью и прожилками крови до 6 раз в сутки. Из кала выделена ЭПКПО 151. Какая кишечная инфекция у Саши?

- a) дизентерия;
- b) эшерихиоз 1 категории;
- c) эшерихиоз 2 категории (O151);
- d) эшерихиоз 3 категории.

В качестве средств этиопатогенетической терапии эшерихиозов могут быть использованы:

- a) панкреатин;
- b) неграм;
- c) смекта;
- d) лоперамида гидрохлорид (Имодиум).

Характерным симптомом для энтеропатогенного эшерихиоза является:

- a) схваткообразные боли внизу живота;
- b) тенезмы;
- c) податливость ануса;
- d) обильный водянистый стул;
- e) скудный стул с мутной слизью и прожилками крови.

Для энтерогеморрагического эшерихиоза у детей наиболее характерен синдром:

- a) судорожный;
- b) эксикоз;
- c) геморрагический синдром;
- d) гемолитико-уремический синдром;

Характер стула при энтероинвазивном эшерихиозе:

- a) жидкий, обильный, водянистый;
- b) обильный, жидкий, непереваренный, с кровью;
- c) скудный со слизью и зеленью, прожилками крови.

Для лечения эшерихиозов у детей применяют все перечисленное, кроме:

- a) кишечных антисептиков;
- b) бактериофагов;
- c) биопрепаратов;
- d) имодиума;
- e) энтеросорбентов.

Преимущественная локализация поражений желудочно-кишечного тракта при энтеротоксигенном эшерихиозе:

- a) желудок;

- b) тонкая кишка;
- c) дистальные отделы толстой кишки.

Гемоколит наиболее характерен для:

- a) ЭТЭК;
- b) ЭИЭК;
- c) ЭПЭК;
- d) ЭГЭК.

Высокая заболеваемость энтеропатогенным эшерихиозом имеет место у детей в возрасте:

- a) до 3-х лет;
- b) старшего возраста.

Энтероинвазивный эшерихиоз поражает преимущественно детей:

- a) раннего возраста и новорожденных;
- b) детей старше 2 лет.

Основной причиной летальных исходов при энтерогеморрагическом эшерихиозе является развитие:

- a) кишечного кровотечения;
- b) перфорации кишечника;
- c) гемолитико-уремического синдрома;
- d) ДВС-синдрома.

В план лечения эшерихиозов у детей не входит:

- a) антибактериальная терапия;
- b) восстановление водно-электролитного баланса;
- c) дезинтоксикация;
- d) спазмолитики;
- e) энтеросорбенты.

Источником инфекции при энтерогеморрагическом эшерихиозе является:

- a) больное животное;
- b) бактерионоситель и больное животное;

Механизмом передачи при эшерихиозе является:

- a) вертикальный;
- b) трансмиссивный;
- c) фекально-оральный;
- d) аспирационный;
- e) перкутанный.

Длительность максимального инкубационного периода при эшерихиозе составляет:

- a) до 1 суток;
- b) 3 дня;
- c) 5 дней;

- d) 10 дней;
- e) 14 дней.

Наиболее тяжелые формы эшерихиоза вызывают:

- a) ЭТЭК;
- b) ЭИЭК;
- c) ЭПЭК;
- d) ЭГЭК.

Наиболее информативным методом диагностики эшерихиоза является:

- a) ректороманоскопия;
- b) бактериологическое исследование крови;
- c) реакция пассивной гемагглютинации;
- d) кожная аллергическая проба Цуверкалова;
- e) бактериологическое исследование кала.

Для типичной формы эшерихиоза у детей характерно развитие:

- a) обезвоживания;
- b) нейротоксикоза;
- c) инфекционно-токсического шока;
- d) сепсиса.

Препаратом выбора для лечения легкой формы эшерихиоза является:

- a) тетрациклин;
- b) нифуратель;
- c) левомицетин;
- d) ампициллин;
- e) фталазол.

Наиболее типичным осложнением эшерихиоза у детей первого года жизни является:

- a) перитонит;
- b) сепсис;
- c) пневмония;
- d) белковая недостаточность;
- e) выпадение прямой кишки.

Из нижеперечисленных возбудителей клинику пищевой бактериальной интоксикации, как правило, обуславливают:

- a) стафилококки;
- b) сальмонеллы;
- c) эшерихии;
- d) шигеллы;
- e) пищевые интоксикации клостридии.

Вызываемые стафилококком и протеем характеризуются следующими признаками, кроме:

- a) коротким инкубационным периодом;

- b) бурным развитием болезни;
- c) склонностью к обезвоживанию и коллапсу;
- d) кратковременной интоксикацией;
- e) гепатоспленомегалией.

При ПТИ верным является следующее утверждение, кроме:

- a) наиболее характерным синдромом является частый водянистый стул без патологических примесей;
- b) накопление микробной массы и токсинов происходит в пищевых продуктах;
- c) инкубационный период колеблется от 30 минут до 24 часов;
- d) заболевание часто встречается в холодное время года;
- e) наибольшую опасность представляют готовые пищевые продукты, длительно хранящиеся вне холодильника.

При тяжелом течении ПТИ:

- a) возможно развитие обезвоживания;
- b) высокая лихорадка длительностью до 5 суток и более;
- c) боли в животе носят постоянный характер;
- d) понос предшествует появлению рвоты;
- e) в испражнениях появляется примесь слизи и крови.

Возбудителями ПТИ, в основном, являются:

- a) шигеллы;
- b) сальмонеллы;
- c) УПБ;
- d) стрептококки;
- e) вирусы.

При ПТИ заболевание происходит при потреблении:

- a) конфет;
- b) варенья;
- c) творога;
- d) сырой воды.

При лечении ПТИ показано все, кроме:

- a) промывания желудка;
- b) высоких клизм;
- c) назначения антибиотиков;
- d) назначения гормонов;
- e) инфузионной терапии.

Основой лечения ПТИ является:

- a) антибиотикотерапия;
- b) химиотерапия;
- c) промывание желудка, клизмы;
- d) плазмоферрез;

- e) переливание кровезаменителей.

Возбудитель ботулизма:

- a) иерсиния;
- b) сальмонелла;
- c) листерия;
- d) клостридия;
- e) вибрион;

Правильное утверждение, что возбудитель ботулизма:

- a) является аэробом;
- b) размножается в пищевых продуктах при отсутствии доступа воздуха;
- c) может размножаться в воде;
- d) размножается в пищевых продуктах при создании аэробных условий.

Неправильное утверждение, что ботулинический токсин:

- a) является эндотоксином;
- b) является белком;
- c) вырабатывается вегетативными формами возбудителя;
- d) быстро разрушается при кипячении;
- e) не вызывает в организме образования антител.

Фактором передачи при ботулизме не может быть:

- a) колбаса копченая;
- b) икра кабачковая;
- c) сыр;
- d) рыба копченая;
- e) грибы консервированные.

Ведущим синдромом при ботулизме является

- a) судорожный;
- b) паралитический;
- c) менингеальный;
- d) энцефалитический;
- e) диспептический.

Клиническими симптомами ботулизма не является:

- a) двоение, «сетка», «туман», перед глазами;
- b) затруднение глотания пищи, «комоч» за грудиной;
- c) нарушение дыхания;
- d) сухость во рту;
- e) частый, скудный стул.

При ботулизме поражение нервной системы характеризуется:

- a) парезом глазодвигательных мышц;
- b) расстройством сознания;

- с) судорожным синдромом;
- д) нарушением чувствительности.

При ботулизме поражение нервной системы характеризуется:

- а) выраженным менингеальным синдромом;
- б) поражением 9 и 12 пары черепных нервов;
- с) психомоторным возбуждением;
- д) мозжечковыми расстройствами;
- е) расстройствами сознания.

Ботулизму не свойственны:

- а) мышечная слабость;
- б) нечеткость зрения;
- с) сухость во рту;
- д) боли в мышцах, суставах;
- е) парез кишечника.

Для ботулизма не характерен синдром:

- а) офтальмоплегический;
- б) глоссофарингеальноплегический;
- с) мионейроплегический;
- д) менингеальный;
- е) острой дыхательной недостаточности.

При ботулизме не наблюдается:

- а) «сетка» перед глазами;
- б) анизокория;
- с) миоз;
- д) стробизм;
- е) птоз.

Для специфической диагностики ботулизма применяют:

- а) бактериологическое исследование крови;
- б) копрологическое исследование;
- с) реакцию нейтрализации токсина на мышцах;
- д) исследование цереброспинальной жидкости;
- е) реакцию непрямой гемагглютинации.

Комплексная терапия ботулизма не включает:

- а) очищение ЖКТ;
- б) введение специфической сыворотки;
- с) дегидратацию;
- д) неспецифическую дезинтоксикацию;
- е) борьбу с гипоксией.

Специфическим средством лечения ботулизма является:

- a) специфический бактериофаг;
- b) антибиотики;
- c) лечебная вакцина;
- d) противоботулинистическая сыворотка.

Для ботулизма характерно все, кроме:

- a) миастения;
- b) парез кишечника;
- c) возбуждение;
- d) слабость;
- e) тошнота, рвота.

Для ботулизма характерно все, кроме:

- a) нарушение зрения;
- b) нарушение глотания;
- c) периферические парезы и параличи;
- d) нарушение дыхания;
- e) птоза.

Для раневого ботулизма характерны все синдромы, кроме:

- a) гастроэнтерит;
- b) нарушение дыхания;
- c) нарушение глотания;
- d) офтальмоплегия.

Наиболее опасным осложнением при ботулизме является:

- a) нарушение зрения;
- b) нарушение глотания;
- c) нарушение дыхания;
- d) аспирация.

Препаратом выбора при ботулизме является все, кроме:

- a) промывание желудка;
- b) введение ПБС;
- c) антибиотики;
- d) плазмаферез;
- e) оксигенотерапия.

Какова длительность преджелтушного периода ВГА:

- a) 1-3 дня;
- b) 4-7 дней;
- c) 15-16 дней;
- d) 17-18 дней;
- e) 25-30 дней.

Возбудителем ВГА является:



- a) РНК-вирус;
- b) ДНК-вирус;
- c) вирус герпеса;
- d) вирус паротита;
- e) РС-вирус.

ВГА можно заразиться при контакте с:

- a) грызунами;
- b) больным ВГА человеком;
- c) животным;
- d) при укусе комаров;
- e) больным ВГВ.

Семейная очаговость наблюдается при:

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

Хронизацию дают ВГ, кроме:

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

Каким путем передается ВГВ, кроме:

- a) трансплацентарным;
- b) воздушно-капельным;
- c) половым;
- d) шприцевым;
- e) гемотрансфузии.

Маркерами ВГВ являются, кроме:

- a) HBsAg;
- b) HBeAg;
- c) HBcorAg;
- d) HBcor IgG;
- e) анти ВГД IgM.

при каком из вг крови обнаруживается HBsAg:

- a) ВГА;
- b) ВГВ;
- c) ВГЕ;
- d) ВГС;

- e) синдром Жильбера.

Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами ВГВ длится:

- a) 3 мес.;
- b) 6 мес.;
- c) 12 мес.;
- d) 2 года;
- e) 3 года.

Против какого гепатита проводится вакцинация:

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

Специфическая профилактика ВГВ – это:

- a) стерилизация инструментов;
- b) вакцинация;
- c) контроль доноров;
- d) введение иммуноглобулина;
- e) переливание плазмы.

Особенности ВГД, кроме:

- a) отечно-асцитический синдром;
- b) двухволновая желтуха;
- c) клинико лабораторное обострение;
- d) протекание в легкой форме;
- e) фульминантные формы.

Двухволновое течение ВГ характерно для:

- a) ВГА;
- b) ВГД – суперинфекция;
- c) ВГД – коинфекция;
- d) ВГС;
- e) ВГВ.

Группу риска ВГС составляют все, кроме:

- a) наркоманы;
- b) новорожденные
- c) гомосексуалисты;
- d) медработники;
- e) гематологические больные.

Какой гепатит чаще всего даёт хронизацию:

- a) ВГА;

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

Для ВГЕ характерны вспышки:

- a) эпидемии;
- b) семейные;
- c) водные;
- d) в детских отделениях;
- e) летнее-осенние.

Вирусный гепатит Е наиболее опасен для:

- a) детей до 1 года;
- b) подростков;
- c) беременных женщин;
- d) пожилых лиц;
- e) мужчин.

К типичным формам ВГ относятся:

- a) безжелтушная;
- b) стертая;
- c) желтушная;
- d) субклиническая;
- e) инаппарантная.

Терапия при ВГ включает, кроме:

- a) режим;
- b) внутривенные вливания;
- c) введение гормонов;
- d) диета;
- e) наблюдение.

Интерферонотерапия при ВГ показана, кроме:

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

Прерывание беременности противопоказано при:

- a) синдроме Шихана;
- b) ВГЕ;
- c) кори;
- d) ВИЧ – инфекция;
- e) ВГВ.

В какое время года повышается заболеваемость энтеровирусными инфекциями:

- a) летом;
- b) осенью;
- c) весной;
- d) зимой;
- e) не имеет четкой сезонности.

Какие из перечисленных заболеваний не являются формами энтеровирусной инфекции:

- a) герпетическая ангина;
- b) эпидемическая пневмония;
- c) эпидемическая миалгия;
- d) эпидемическая экзантема;
- e) энцефаломиокардит новорожденных.

Назовите механизм передачи энтеровирусов:

- a) только воздушно — капельный;
- b) только фекально-оральный;
- c) только парентеральный;
- d) фекально-оральный и воздушно-капельный;
- e) фекально-оральный и парентеральный.

Выберите клинические формы энтеровирусной инфекции:

- a) серозный менингит;
- b) полиомиелитоподобная;
- c) эпидемическая лихорадка;
- d) герпетическая ангина;
- e) все перечисленные.

Какие клинические симптомы позволяют диагностировать герпетическую ангину:

- a) повышение  $T^0$  тела и появление боли в горле;
- b) увеличение и гиперемия миндалин;
- c) наличие налета на миндалинах;
- d) наличие везикул на миндалинах и небных дужках;
- e) нет типичных для герпетической ангины симптомов.

Эпидемическая миалгия вызывается:

- a) полиовирусами;
- b) парамиксовирусами;
- c) стафилококками;
- d) реовирусами;
- e) энтеровирусами.

Какие методы лабораторной диагностики не применяются при энтеровирусной инфекции:

- a) выделение вируса из носоглотки;
- b) выделение вируса из ликвора;

- c) выделение вируса из кала;
- d) РПГА;
- e) реакция цепной полимеризации.

Энтеровирусная инфекция, как правило, имеет благоприятное течение, за исключением следующей формы:

- a) герпетическая ангина;
- b) полиомиелитоподобная;
- c) эндемическая миалгия;
- d) энцефаломиокардит новорожденных;
- e) серозный менингит.

Энтеровирусы относятся к семейству:

- a) пикорнавирусов;
- b) ортомиксовирусов;
- c) парамиксовирусов;
- d) реовирусов;
- e) риновирусов.

Для энтеровирусных инфекций характерна сезонность:

- a) зимне-весенняя;
- b) летне-осенняя;
- c) осенне-зимняя;
- d) весенняя;
- e) нет сезонности.

Продолжительность выделения энтеровирусов с фекалиями:

- a) 7 дней;
- b) 5-6 недель;
- c) 3-6 месяцев;
- d) 24 часа;
- e) 1-2 года.

При энтеровирусной инфекции отмечаются:

- a) лихорадка;
- b) боли в суставах;
- c) некротическая ангина;
- d) миалгии;
- e) диарея.

Для энтеровирусных заболеваний характерны:

- a) пневмония;
- b) эпидемическая миалгия;
- c) гнойный менингит;
- d) серозный менингит;
- e) герпетическая ангина.

Для герпангины характерными симптомами являются:

- a) мелкие белесые пятнышки на слизистой щек;
- b) мелкие папулы и везикулы на небных дужках, миндалинах, небе, uvulae;
- c) афты и мелкие эрозии на слизистых щек, губ, языка, небных дужек;
- d) бело-серые пленчатые наложения на миндалинах;
- e) подэпителиально расположенные нагноившиеся лимфоидные образования.

Для энтеровирусной инфекции характерны следующие клинические формы:

- a) вирусная пузырьчатка полости рта и конечностей;
- b) гепатит;
- c) гнойный менингит;
- d) отит;
- e) диабет.

Для эпидемической миалгии характерно:

- a) боли по ходу нерва («прострел»);
- b) приступообразные мышечные боли в области груди и живота;
- c) гиперкинезы;
- d) боли в икроножных мышцах;
- e) опоясывающие боли.

Энтеровирус 71 типа вызывает:

- a) эпидемическую миалгию;
- b) поражение нервной системы;
- c) энцефаломиокардит новорожденных;
- d) увеит;
- e) синдром «рот-кисть-стопа».

Обнаруживают при герпетической ангине

- a) везикулы на дужках, малом язычке;
- b) пленчатые наложения на миндалинах;
- c) наложения по лакунам;
- d) язвенно-некротические наложения;
- e) фолликулярные наложения.

Форма энтеровирусной инфекции с неблагоприятным течением:

- a) герпетическая ангина;
- b) полиомиелитоподобная;
- c) эндемическая миалгия;
- d) энцефаломиокардит новорожденных;
- e) серозный менингит.

Для лечения герпетической ангины применяются:

- a) ацикловир;
- b) интерфероны и индукторы интерферонов;

- c) цефалоспорины;
- d) рибавирин;
- e) флуконазол.

В патогенезе энтеровирусных менингитов преобладает:

- a) гипертензионный синдром;
- b) гнойное воспаление;
- c) ишемический синдром;
- d) судорожный синдром;
- e) астеновегетативный синдром.

Варианты поражения нервной системы, обусловленные ЭВИ 71:

- a) серозный менингит;
- b) панэнцефалит;
- c) ромбэнцефалит;
- d) гнойный менингит;
- e) острый вялый паралич.

Для энтеровирусного менингита характерны следующие изменения в ликворе

- a) прозрачный;
- b) 3-4-значный цитоз за счет нейтрофилов;
- c) реакция Панди слабо положительная;
- d) давление повышено;
- e) 2-3-значный цитоз лимфоцитарный.

Офтальмологические формы энтеровирусной инфекции

- a) геморрагический конъюнктивит;
- b) фарингоконъюнктивальная лихорадка;
- c) увеит;
- d) блефароконъюнктивит;
- e) хориоретинит.

Клиническая форма энтеровирусной инфекции

- a) фоликулярная ангина;
- b) герпетическая ангина;
- c) лакунарная ангина;
- d) некротическая ангина;
- e) пленчатая ангина.

Варианты сыпи при энтеровирусной инфекции

- a) мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне кожи;
- b) крупная пятнисто-папулезная, оставляет пигментацию;
- c) мелкопятнистая или пятнисто-папулезная сыпь на неизмененном фоне кожи;
- d) папулы, мелкие везикулы на кистях и стопах;
- e) симптом «капюшона, перчаток, носков».

Назовите возбудителя герпетической ангины:

- a) Реовирусы;
- b) Герпесвирусы;
- c) Энтеровирусы;
- d) Парамиксовирусы;
- e) Стрептококки.

Назовите механизм передачи энтеровирусов:

- a) воздушно-капельный;
- b) фекально-оральный;
- c) парентеральный;
- d) фекально-оральный и воздушно-капельный;
- e) фекально-оральный и парентеральный.

При энтеровирусной миалгии характерны боли

- a) головные;
- b) суставные;
- c) мышечные;
- d) сердечные;
- e) почечная колика.

Для лечения герпетической ангины применяются:

- a) ацикловир;
- b) интерфероны и индукторы интерферонов;
- c) цефалоспорины;
- d) рибавирин;
- e) флуконазол.

Механизмы передачи возбудителя при энтеровирусной инфекции

- a) воздушно – капельный;
- b) алиментарный;
- c) контактно – бытовой;
- d) трансплацентарный;
- e) половой.

Клиническая форма энтеровирусной инфекции

- a) фарингоконъюнктивальная лихорадка;
- b) малая болезнь;
- c) синдром Стивенса-Джонсона;
- d) иридоциклит;
- e) хейлит.

Индекс контагиозности энтеровирусной инфекции

- a) индекс контагиозности 90%;
- b) индекс контагиозности 10-20 %;
- c) не контагиозная;



- d) индекс контагиозности 30-50%.

Возбудителем ВИЧ-инфекции является:

- a) ДНК-вирус;
- b) РНК-вирус;
- c) Арбовирус;
- d) Флавирус;
- e) Бунья-вирус.

ВИЧ-инфекция не передается:

- a) половым путем;
- b) шприцевым путем;
- c) от матери к ребенку;
- d) насекомыми;
- e) гемотрансфузиями.

Инкубационный период при ВИЧ-инфекции:

- a) 1 год;
- b) 3-6 месяцев;
- c) 3-4 недели;
- d) 10 месяцев;
- e) более 1 года.

Причиной смерти при ВИЧ-инфекции является:

- a) пневмония;
- b) абсцессы;
- c) оппортунистические инфекции;
- d) кровотечения;
- e) сепсис.

Исходом ВИЧ-инфекции является:

- a) выздоровление;
- b) параличи, парезы;
- c) вирусоносительство;
- d) летальный исход;
- e) онкологические заболевания.

При ВИЧ-инфекции главным образом поражаются:

- a) В-клетки;
- b) Т-клетки;
- c) моноциты;
- d) тромбоциты;
- e) система фибринолиза.

Основной профилактикой при ВИЧ является:

- a) вакцинация;

- b) антибиотикотерапия;
- c) личная безопасность;
- d) химиотерапия;
- e) прививки.

Укажите этиотропный препарат для лечения гриппа:

- a) бисептол;
- b) ремантадин;
- c) эритромицин;
- d) пенициллин.

Сочетание каких симптомов характерны для гриппа:

- a) высокая температура, головная боль, миалгии, трахеит, непродуктивный насморк;
- b) субфебрильная температура, ларингит, ринит;
- c) высокая температура, увеличение миндалин, лимфатических узлов, фарингит;
- d) отсутствие температуры, выраженный ринит.

Какой симптом не характерен для аденовирусной инфекции?

- a) высокая температура;
- b) фарингит;
- c) ринит;
- d) лимфоаденопатия;
- e) артриты.

При какой ОРВИ назначается ремантадин?

- a) грипп;
- b) парагрипп;
- c) риновирусная инфекция;
- d) аденовирусная инфекция;
- e) RS-инфекция.

Для какой ОРВИ характерен трахеит?

- a) грипп;
- b) парагрипп;
- c) риновирусная инфекция;
- d) аденовирусная инфекция;
- e) RS-инфекция.

Для какой ОРВИ характерен острый стенозирующий ларинготрахеит?

- a) грипп;
- b) парагрипп;
- c) риновирусная инфекция;
- d) аденовирусная инфекция;
- e) RS-инфекция.

Какой симптом не характерен для парагриппа?

- a) кашель;
- b) насморк;
- c) лимфаденопатия;
- d) осиплость голоса;
- e) повышение температуры.

Укажите симптомы риновирусной инфекции:

- a) гипертермия;
- b) обильные водянистые выделения из носа;
- c) сукровичные выделения из носа;
- d) гнойные выделения из носа;
- e) пленки в носу.

Инкубационный период при гриппе равен:

- a) 1-2 дня;
- b) 3-4 дня;
- c) 5-6 дней;
- d) 7 дней;
- e) 8-10 дней.

Изменчивость антигенной структуры характерна для вируса:

- a) гриппа;
- b) парагриппа;
- c) риновирусной инфекции;
- d) аденовирусной инфекции;
- e) RS-инфекции.

Осложнениями гипертоксической формы гриппа являются следующие, кроме:

- a) отека мозга;
- b) отека легких;
- c) стеноза гортани;
- d) инфекционно-токсического шока;
- e) постгеморрагического шока.

Наиболее эффективный препарат для лечения гриппа:

- a) антибиотики;
- b) фторхинолоны;
- c) тамифлю;
- d) оксолиновая мазь;
- e) аспирин.

Лучшее средство профилактики гриппа:

- a) дибазол;
- b) вакцинация;
- c) антибиотики;
- d) фитотерапия;

- е) закаливание.

Увеличение размеров печени бывает при:

- а) гриппе;
- б) парагриппе;
- с) риновирусной инфекции;
- д) аденовирусной инфекции;
- е) RS-инфекции.

Наиболее выражен катаральный синдром при:

- а) гриппе;
- б) парагриппе;
- с) риновирусной инфекции;
- д) аденовирусной инфекции;
- е) RS-инфекции.

Синдром бронхиальной обструкции характерен для:

- а) гриппе;
- б) парагриппе;
- с) риновирусной инфекции;
- д) аденовирусной инфекции;
- е) RS-инфекции.

Для менингококкового сепсиса характерны:

- а) выраженная интоксикация;
- б) геморрагическая экзантема;
- с) склерит, иридоциклит, конъюнктивит;
- д) менингеальные симптомы.

Наиболее эффективные антибиотики из нижеперечисленных для лечения генерализованных форм менингококковой инфекции:

- а) тетрациклин;
- б) пенициллин;
- с) цефтриаксон;
- д) эритромицин;
- е) гентамицин.

Критериями отмены антибиотиков при менингококковом менингите служат:

- а) исчезновение менингеальных симптомов;
- б) санация СМЖ до 100 клеток с преобладанием нейтрофилов;
- с) санация СМЖ до 100 клеток с преобладанием лимфоцитов;
- д) санация СМЖ до 50 клеток с преобладанием лимфоцитов;
- е) нормализация всех показателей СМЖ.

Для подтверждения диагноза менингококкового назофарингита посев слизи из носоглотки проводят на:

- a) сахарный бульон;
- b) желчный бульон;
- c) сывороточный агар;
- d) печеночный агар;
- e) кровяной агар.

Менингококковый менингит дифференцируется от вторичного гнойного менингита:

- a) по выраженности менингеальных симптомов;
- b) по характеру изменений периферической крови;
- c) по биохимическому характеру СМЖ;
- d) по клеточному составу;
- e) по бактериологическому исследованию ликвора.

К типичной форме менингококковой инфекции относится:

- a) менингококкцемия;
- b) молниеносный сепсис;
- c) эндокардит;
- d) артрит;
- e) гипертоксический менингит.

При менингококкцемии сыпь:

- a) геморрагическая правильной формы;
- b) располагается больше на лице и туловище;
- c) сыпь появляется одномоментно;
- d) геморрагическая сыпь неправильной формы на ягодицах и на ногах;
- e) сопровождается зудом.

Инкубационный период при менингококковой инфекции равен:

- a) 2-10 дней;
- b) 5 дней;
- c) 15 дней;
- d) 20 дней;
- e) 7 дней.

При тяжелой форме менингококковой инфекции не бывает:

- a) инфекционно-токсического шока;
- b) токсикоза с эксикозом;
- c) отека мозга;
- d) судорожного синдрома;
- e) бледной гипертермии.

Клиника периферической крови при менингококковом менингите:

- a) лейкоцитоз, нейтрофиллез, нормальная СОЭ;
- b) лейкоцитоз, нейтрофиллез, ускоренная СОЭ;
- c) лейкопения;
- d) лейкоцитоз с лимфоцитозом;

- е) лейкоцитоз, эозинофилия.

Для проявления менингита не характерна:

- а) гипертермия;
- б) головная боль;
- с) рвота;
- д) асимметрия лица, птоз;
- е) гиперестезия.

Эндокардит при менингококковой инфекции может быть у больных с:

- а) назофарингитом;
- б) менингококкцемией;
- с) менингитом;
- д) молниеносным сепсисом;
- е) гипертоксическом менингите.

Остаточные явления, инвалидизация возможны при:

- а) среднетяжелой форме менингококкцемии;
- б) менингите;
- с) менингоэнцефалите;
- д) носительстве;
- е) назофарингите.

Продолжительность антибактериальной терапии при носительстве менингококка:

- а) 3 дня;
- б) 5 дней;
- с) 7 дней;
- д) 10 дней;
- е) 12 дней.

Поздними сроками болезни при поступлении считается:

- а) 2-ой день болезни;
- б) 3-ой день болезни;
- с) 4-ой день болезни;
- д) 5-ой день болезни;
- е) 7-8-ой день болезни.

Основным источником инфицирования стафилококками новорожденных детей является:

- а) мать ребенка;
- б) медицинский персонал роддомов;
- с) предметы ухода за новорожденным;
- д) инфицированные соски, рожки и питание.

Для пневмококкового менингита характерны все следующие признаки, кроме:

- а) острого начала;
- б) ранних признаков менингоэнцефалита;

- c) высокой летальности;
- d) нейтрофильного характера ликвора;
- e) лимфоцитарного характера ликвора.

Гнойно-септический анамнез следует уточнять при:

- a) дизентерии;
- b) стафилококковом сепсисе;
- c) эшерихиозе;
- d) сальмонеллезе.

Для гемофильного менингита характерны все следующие признаки, кроме:

- a) чаще болеют дети от 2-х месяцев до 3-х лет;
- b) возбудителем является грамотрицательная гемофильная палочка;
- c) ликвор гнойный с большим количеством возбудителя;
- d) заболевание протекает в легкой форме;
- e) часто в исходе заболевания наблюдается, продуктивный лептопахименингит, эпендиматит.

Возбудителями рожи являются только:

- a) стафилококки;
- b) пневмококки;
- c) стрептококки;
- d) риккетсии Бернетта;
- e) риккетсии Провачека.

Различают следующие клинические формы рожи, кроме:

- a) эритематозная;
- b) эритематозно-буллезная;
- c) эритематозно-геморрагическая;
- d) буллезно-геморрагическая;
- e) пустулезная.

Основными клиническими симптомами рожи являются следующие признаки, кроме:

- a) лихорадка;
- b) интоксикация;
- c) отек кожи в очаге воспаления;
- d) гиперемия кожи;
- e) образование карбункула в очаге воспаления.

Осложнениями рожи являются следующие, кроме:

- a) флегмона;
- b) местный абсцесс;
- c) флебиты;
- d) некрозы кожи;
- e) лимфостаз.

При роже поражается всё, кроме:

- a) лицо;
- b) голень;
- c) бедро;
- d) спина;
- e) стопа.

Факторами риска для развития рожи являются следующие, кроме:

- a) микозы стопы;
- b) варикозное расширение вен;
- c) маммэктомия;
- d) тромбофлебиты;
- e) тонзилэктомия.

Для лечения рожи применяются антибиотики, кроме:

- a) группы пенициллина;
- b) цефалоспорины;
- c) макролиды;
- d) аминогликозиды;
- e) группы тетрациклина.

С целью патогенетического лечения при роже применяются следующие препараты, кроме:

- a) диклофенак;
- b) индометацин;
- c) ибупрофен;
- d) рибоксин;
- e) кетонал.

С целью профилактики рецидивов рожи не применяются следующие антибиотики, кроме:

- a) цефазолин;
- b) доксициклин;
- c) цефтриаксон;
- d) бициллин – 1;
- e) бициллин – 5.

Возбудителем скарлатины является:

- a) стафилококк;
- b) стрептококк;
- c) пневмококк;
- d) вирус.

Инкубационный период скарлатины равен:

- a) 7 дней;
- b) 10 дней;
- c) 14 дней;
- d) 21 день.



Скарлатиной чаще болеют в возрасте:

- a) дети до 6 мес.;
- b) 11-15 лет;
- c) 3-10 лет;
- d) взрослые.

Источниками скарлатины не являются следующие больные:

- a) ангиной;
- b) скарлатиной;
- c) стрептодермией;
- d) стафилодермией;

Для скарлатины характерно:

- a) аллергизация;
- b) анергия кратковременная;
- c) стойкое иммунодефицитное состояние;
- d) нейротоксикоз.

Высыпания при скарлатине:

- a) мелкоточечные;
- b) пятнистые;
- c) папулезные;
- d) пятнисто-папулезные;

Для скарлатины не характерна:

- a) яркая гиперемия слизистой зева;
- b) гиперемия зева с четкими границами;
- c) слабая гиперемия слизистой зева;
- d) фолликулярная ангина.

Для скарлатины не характерны:

- a) мелкоточечная сыпь;
- b) симптом Филатова-Коплика;
- c) ангина;
- d) малиновый язык;
- e) белый дермографизм.

Кожные покровы при скарлатине в 1-й день болезни:

- a) сухие в первые дни болезни;
- b) бледные;
- c) после сыпи бывает мелкое шелушение кожи;
- d) кожа влажная.

К токсическим осложнениям скарлатины относятся:

- a) нефроз;

- b) отит;
- c) лимфаденит;
- d) капилляротоксикоз.

К аллергическим осложнениям скарлатины относятся:

- a) гломерулонефрит;
- b) нефроз;
- c) синусит;
- d) отит.

К септическим осложнениям скарлатины не относятся:

- a) отит;
- b) лимфаденит;
- c) аденофлегмона;
- d) артрит.

При скарлатине в периферической крови характерны следующие изменения:

- a) анемия;
- b) лейкопения;
- c) лейкоцитоз, нейтрофиллез;
- d) лейкоцитоз, лимфоцитоз.

Антибиотиками выбора (стартовым) при скарлатине является:

- a) оксациллин;
- b) пенициллин;
- c) ампициллин;
- d) эритромицин.

У ребенка 3-лет, бабушка 2 недели назад болела розей, а вчера у ребенка температура 39<sup>0</sup>С, была рвота, боль в горле, повысилась температура и появилась мелкая сыпь на коже. Ваш диагноз?

- a) скарлатина;
- b) грипп;
- c) ангина;
- d) аллергическая сыпь.

В детском саду в средней группе случай скарлатины. Сколько дней должны наблюдаться контактные?

- a) 5 дней;
- b) 10 дней;
- c) 21 день;
- d) 7 дней;

Самой тяжелой формой энцефалита является:

- a) лихорадочная;
- b) менингоэнцефалитическая;

- с) менингеальная;
- д) полирадикулоневритическая;
- е) полиомиелитическая.

Для лечения клещевого энцефалита не используются:

- а) противоклещевой гамма-глобулин;
- б) гормоны;
- с) инфузионная терапия;
- д) плазмаферез;
- е) седативные препараты.

Пик заболеваемости при клещевом энцефалите приходится на следующие месяцы:

- а) март-апрель;
- б) май-июнь;
- с) июль-август;
- д) сентябрь-октябрь;
- е) ноябрь.

Наиболее частая клиническая форма клещевого энцефалита в Кыргызской республике:

- а) лихорадочная;
- б) менингоэнцефалитическая;
- с) менингеальная;
- д) полирадикулоневритическая;
- е) полиомиелитическая.

Менингит при клещевом энцефалите носит следующий характер:

- а) гнойный;
- б) гнойно-геморрагический;
- с) геморрагический;
- д) серозный;
- е) серозно-геморрагический.

Переносчиком и основным резервуаром вируса клещевого энцефалита является:

- а) грызуны;
- б) птицы;
- с) млекопитающие;
- д) иксодовые клещи,
- е) гамазовые клещи.

Сколько дней больной полиомиелитом заразен для окружающих?

- а) 20 дней;
- б) 50 дней;
- с) 30 дней;
- д) 40 дней.

Чувствительность при полиомиелите:

- a) снижена;
- b) нарушение чувствительности по типу "чулок", "перчаток";
- c) повышена;
- d) сохранена.

К атипичной форме полиомиелита относится:

- a) спинальный;
- b) бульбарная;
- c) понтинная;
- d) инаппаратная.

Для полиомиелита характерна температура:

- a) гектическая;
- b) кратковременная не более 3 дней;
- c) субфебрильная;
- d) двухволновая.

При полиомиелите не поражаются органы:

- a) ЖКТ;
- b) нервной системы;
- c) суставы;
- d) мышцы.

Для полиомиелита не характерно при поражении мышц конечностей:

- a) симметричность;
- b) атония;
- c) арефлексия;
- d) атрофия.

При спинальной форме полиомиелита возможно:

- a) поражение дистальной группы мышц;
- b) поражение проксимальной группы мышц;
- c) нарушение чувствительности;
- d) симметричность поражения.

Спинальная жидкость при полиомиелите:

- a) не изменяется;
- b) цитоз более 1000;
- c) цитоз 2-3х-значные цифры, представлен лимфоцитами;
- d) резко снижен сахар.

В инфекционном стационаре больной с полиомиелитом должен лечиться от начала болезни:

- a) 10 дней;
- b) 30 дней;
- c) 40 дней;
- d) 2 мес.

К не паралитическому полиомиелиту относятся следующие формы:

- a) иннапарантная;
- b) бульбарная;
- c) спинальная;
- d) понтинная.

К паралитическому полиомиелиту относятся следующие формы:

- a) абортивная;
- b) иннапарантная;
- c) спинальная;
- d) менингеальная.

Серьезный менингит характерен для:

- a) полиомиелита;
- b) Ніб инфекция;
- c) менингококковой инфекции;
- d) стафилококковой инфекции.

Выберите основные симптомы периферического паралича при полиомиелите:

- a) симметричность поражения;
- b) атрофия;
- c) мышечная гипертония;
- d) гиперрефлексия.

Для полиомиелита характерно развитие параличей:

- a) периферического;
- b) центрального характера;
- c) симметричных параличей;
- d) тетрапараличей.

Выберите характер параличей при полиомиелите:

- a) симметричный;
- b) тетрапарез;
- c) дистальный;
- d) проксимальный;

Выберите характерный ликвор при менингеальной форме полиомиелита:

- a) мутный;
- b) прозрачный, бесцветный;
- c) цитоз с преобладанием нейтрофилов;
- d) содержание белка резко повышено.

Не относится к вторичным энцефалитам:

- a) коревой;
- b) ветряночный;

- c) клещевой;
- d) поствакцинальный.

Эпидемический энцефалит Экономо чаще бывает:

- a) до 3-х лет;
- b) 3-5 лет;
- c) 6-10 лет;
- d) 20-30 лет.

Назовите ведущий симптом эпидемического энцефалита Экономо:

- a) гипертермия;
- b) рвота;
- c) нарушение сна;
- d) парезы.

Поствакцинальный энцефалит развивается после введения:

- a) полиомиелитной вакцины;
- b) АДС-анатоксина;
- c) АКДС;
- d) БЦЖ-вакцины.

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

- a) менингококковой;
- b) коревой;
- c) ветряночной;
- d) поствакцинальной.

Для энцефалитов не характерно:

- a) наличие очаговой симптоматики;
- b) отсутствие очаговой симптоматики;
- c) менингеальные знаки;
- d) интоксикация.

Ветряночный энцефалит развивается при ветряной оспе:

- a) среднетяжелой;
- b) тяжелой;
- c) атипичной;
- d) при любой форме в/оспы.

Какие элементы сыпи не характерны для типичной ветряной оспы:

- a) папула;
- b) везикула;
- c) пустула;
- d) корочка.

Сыпь при ветряной оспе редко бывает на:

- a) волосистой части головы;
- b) лице;
- c) туловище;
- d) ладонях.

Для типичной ветряной оспы характерно:

- a) сыпь на волосистой части головы;
- b) мономорфизм элементов;
- c) сыпь на подошве и ладонях;
- d) отсутствие зуда.

При ветряной оспе со стороны кожи может быть:

- a) гиперестезия;
- b) гиперемия;
- c) зуд;
- d) бледность.

Ветряную оспу не следует дифференцировать со следующими заболеваниями:

- a) простой герпес;
- b) чесотка;
- c) скарлатина;
- d) стрептодермия.

При ветряной оспе может развиваться:

- a) мононеврит;
- b) менингит;
- c) полирадикулоневрит;
- d) энцефалит.

К атипичной форме ветряной оспы не относятся:

- a) буллезная;
- b) геморрагическая;
- c) митигированная;
- d) висцеральная.

В дом ребенка после ветряной оспы можно перевести:

- a) через 5 дней;
- b) через 9 дней;
- c) после полного отпадения корочек;
- d) через 7 дней.

У девочки 4-х лет через 7 дней от начала везикулезной сыпи появилась головная боль, температура 37,5 тошнота, головокружение, шаткая походка. О какой этиологии энцефалита следует думать?

- a) коревой;

- b) менингококковый;
- c) ветряночный;
- d) краснушный.

При ветряной оспе терапия:

- a) специфическая;
- b) этиотропная;
- c) симптоматическая;
- d) обязательная инфузионная дезинтоксикация.

Опоясывающий герпес чаще бывает:

- a) у детей раннего возраста;
- b) на фоне антибиотиков;
- c) после длительного использования цитостатиков;
- d) после переливания крови.

Максимальный инкубационный период кори:

- a) 7 дней;
- b) 10 дней;
- c) 14 дней;
- d) 21 день.

Больной с осложненным течением кори заразен от начала высыпания:

- a) 5 дней;
- b) 10 дней;
- c) 14 дней;
- d) 7 дней.

Для кори не характерны следующие периоды:

- a) шелушения;
- b) инкубационного;
- c) катарального;
- d) высыпания;
- e) пигментации.

Для кори характерна сыпь:

- a) мелкоточечная;
- b) этапная, пятнисто-папулезная;
- c) пятнистая;
- d) везикулезная.

В катаральном периоде корь по клинике очень схожа с:

- a) гриппом;
- b) парагриппом;
- c) РС-инфекцией;
- d) аденовирусной инфекцией.



Высыпания при кори сопровождаются:

- a) снижение температуры;
- b) уменьшением катаральных явлений;
- c) подъемом температуры до высоких цифр;
- d) отсутствием интоксикации.

Для кори не характерны следующие изменения со стороны глаз:

- a) иридоциклит;
- b) конъюнктивит;
- c) склерит;
- d) слезотечение;
- e) светобоязнь.

Сыпь при кори:

- a) толчкообразная;
- b) этапная;
- c) одномоментная;
- d) не сопровождается лихорадкой.

Назовите патогномоничный симптом кори:

- a) симптом Пастия;
- b) бледный носогубный треугольник;
- c) пятна Филатова-Коплика-Бельского;
- d) белый дермографизм.

Митигированная форма кори развивается:

- a) у вакцинированных живой вакциной;
- b) на фоне антибиотиков;
- c) после введения противокорревого гаммаглобулина;
- d) после длительной кортикостероидной терапии.

В периоде высыпания корь не дифференцируют с:

- a) аллергической сыпью;
- b) энтеровирусной экзантемой;
- c) ветряной оспой;
- d) краснухой.

Антибиотики не показаны при кори:

- a) у детей до 2-х лет;
- b) наличии бактериальных осложнений;
- c) у детей 2-7 лет;
- d) при развитии неотложных состояний.

У больного 4-х лет корь, осложнилась менингоэнцефалитом, через сколько дней от начала сыпи можно перевести в неврологическое отделение?

- a) 3 дня;
- b) 5 дней;
- c) 7 дней;
- d) 10 дней;

У больного 3-х лет корь, осложнилась деструктивной пневмонией, пиопневмотораксом, на 7-й день сыпь какие меры принимать нельзя?

- a) перевод в хирургию;
- b) вызвать хирурга;
- c) рентгенография органов грудной клетки;
- d) усилить антибактериальную терапию;
- e) дезинтоксикационная терапия;

Ребёнок 4-х лет вскоре после кори заболел ОРИ, которая осложнилась пневмонией и ребенок умер из-за:

- a) анергии;
- b) возраста;
- c) гиперергии;
- d) сенсibilизации;

Возбудитель краснухи не поражает:

- a) эмбриональная ткань;
- b) эпителий дыхательных путей;
- c) лимфоузлы;
- d) ЖКТ.

Путь передачи краснухи внутриутробной:

- a) контактно-бытовой;
- b) алиментарный;
- c) трансплацентарный;
- d) водный.

Для краснухи характерна сыпь:

- a) мелкоточечная;
- b) пятнисто-папулезная;
- c) мелкопятнистая;
- d) геморрагическая.

Краснуха опасна для:

- a) грудных детей;
- b) детей старшего возраста;
- c) молодых женщин;
- d) беременных женщин.

При краснухе увеличиваются лимфоузлы:

- a) подчелюстные;

- b) передние шейные;
- c) заднешейные, затылочные;
- d) паховые.

Для краснухи характерно:

- a) четкое разделение периодов болезни;
- b) выраженные катаральные явления;
- c) умеренно или слабо выраженные катаральные явления;
- d) крупно пятнисто-папулезная сыпь.

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

- a) сохранить беременность;
- b) ввести гаммаглобулин;
- c) медицинский аборт;
- d) наблюдать за развитием плода (УЗИ каждые 2 недели).

При краснухе со стороны периферической крови выявляется:

- a) лейкоцитоз;
- b) лимфоцитоз, плазматические клетки;
- c) лейкоцитоз с лимфоцитозом;
- d) анемия.

Больной с краснухой заразен от начала высыпания:

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

Внезапная экзантема вызывается:

- a) парвовирусом В19;
- b) цитомегаловирусом;
- c) вирусом герпеса 6 типа;
- d) вирусом Эпштейна-Барр.

Для внезапной экзантемы характерно:

- a) этапность высыпаний;
- b) везикулезный характер экзантемы;
- c) появление шелушения после исчезновения сыпи;
- d) появление сыпи после снижения 3-х дневной лихорадки;
- e) появление экзантемы после приема амоксициллина.

«Симптом пощечин» характерен для:

- a) внезапной экзантемы;
- b) скарлатины;
- c) парвовирусной инфекции;

d) энтеровирусной инфекции.

Инфекционная эритема вызывается:

- a) вирусом краснухи ;
- b) парвовирусом В19;
- c) вирусом герпеса 6 типа;
- d) пиогенным стрептококком.

Инкубационный период дифтерии равен:

- a) 5дней;
- b) 7дней;
- c) 10дней;
- d) 14дней.

Наиболее часто при дифтерии поражается:

- a) нос;
- b) ротоглотка;
- c) гортань;
- d) кожа.

Для локализованной формы дифтерии ротоглотки не характерна:

- a) температура;
- b) трудно снимающаяся пленка на миндалинах;
- c) налет на миндалинах и дужках;
- d) умеренная интоксикация;

Для распространенной формы дифтерии ротоглотки не характерно:

- a) налет, распространяющийся за пределы миндалин;
- b) умеренная или выраженная интоксикация;
- c) реакция шейных лимфоузлов;
- d) отек подкожной клетчатки шеи.

Для токсической формы дифтерии ротоглотки не характерно:

- a) распространенный налет;
- b) отек подкожной клетчатки шеи;
- c) отсутствие осложнений;
- d) интоксикация.

Наиболее частым неврологическим осложнением дифтерии является:

- a) нарушение аккомодации;
- b) парез мягкого неба;
- c) полирадикулоневриты;
- d) синдром Ландри.

Наиболее частым осложнением со стороны сердца при дифтерии:

- a) инфекционно-аллергический миокардит;

- b) токсический миокардит;
- c) эндокардит;
- d) инфаркт миокарда.

Осложнение со стороны мочевыводящей системы при дифтерии:

- a) нефрит;
- b) нефроз почек;
- c) пиелонефрит;
- d) мочекаменная болезнь

Круп дифтерийной этиологии отличается:

- a) острым началом;
- b) постепенным началом;
- c) наличие эффекта от синдромальной терапии;
- d) частотой благоприятного исхода.

При дифтерийных миокардитах нельзя использовать:

- a) витамин С;
- b) кокарбоксилазу;
- c) нестероидные противовоспалительные препараты;
- d) строфантин.

Назовите минимальную курсовую дозу ПДС, необходимую для лечения токсической формы дифтерии:

- a) 30-40 тыс. АЕ;
- b) 50-60 тыс. АЕ;
- c) 100 тыс. АЕ;
- d) 150-200 тыс. АЕ.

Для пареза мягкого неба при дифтерии не характерно:

- a) афония;
- b) гнусавость голоса;
- c) поперхивание во время еды;
- d) жидкость выливается через нос при питье воды;
- e) небная занавеска провисает.

При токсической форме дифтерии II-III степени:

- a) режим полупостельный;
- b) постельный 1 неделю;
- c) постельный 2 недели;
- d) не менее 1 месяца.

Лиц, бывших в близком контакте с дифтерийными больными нужно:

- a) наблюдать 10 дней без обследования;
- b) наблюдать до получения отрицательного результата;
- c) бактериологически обследовать, наблюдать 10 дней и лечить антибиотиками;

- d) не наблюдать.

Токсические формы дифтерии характерны для:

- a) привитых;
- b) частично привитых;
- c) не привитых;
- d) детей.

Для коклюша характерно:

- a) высокая температура;
- b) навязчивый кашель;
- c) выраженные симптомы интоксикации;
- d) обильные выделения из носа.

В периоде спазматического кашля коклюш необходимо дифференцировать с:

- a) гриппом;
- b) парагриппом;
- c) обструктивным бронхитом;
- d) аденовирусной инфекцией.

Основные гематологические признаки коклюша:

- a) лейкопения;
- b) лейкоцитоз, нейтрофилез;
- c) лейкоцитоз, лимфоцитоз;
- d) анемия.

Тяжёлая форма коклюша чаще развивается у детей до 1 года с:

- a) анемией;
- b) гипотрофией;
- c) паратрофией;
- d) энцефалопатией.

Критерий тяжести коклюша:

- a) интоксикация;
- b) число приступов кашля;
- c) катаральные явления;
- d) обилие хрипов.

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

- a) пенициллин;
- b) ампициллин;
- c) метициллин;
- d) гентамицин.

В грудном отделении 3д/б установлен у больного 2-х мес. коклюш. ваши меры:

- a) оставить в отделении;

- b) выписать домой;
- c) перевести в инфекционную больницу;
- d) перевести на полустационарное лечение при 3 д/б.

Аминазин назначается при коклюше:

- a) при тяжелой форме на дому;
- b) при тяжелой форме коклюша и стационарном лечении;
- c) среднетяжелой форме;
- d) при всех формах коклюша в острый период.

При коклюше развивается:

- a) анергия;
- b) сенсбилизация;
- c) патологическая условно-рефлекторная цепь с очагом доминанты;
- d) интоксикация.

Инкубационный период паротитной инфекции равен:

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

Для паротитной инфекции не характерен:

- a) паротит;
- b) субмаксиллит;
- c) мастоидит;
- d) менингит.

Кожа над околоушной слюнной железой при паротите:

- a) бледная;
- b) истончена, фон не изменен;
- c) гиперемирована;
- d) горячая на ощупь.

В спинномозговой жидкости при нервной форме паротитной инфекции не бывает:

- a) цитоз более 1000;
- b) прозрачный ликвор;
- c) сахар в норме;
- d) незначительное повышение белка, никогда не превышает 1г/л.

Больной с паротитом не заразен:

- a) через 7 дней;
- b) ч/з 9 дней, даже сохраняются клинические проявления болезни;
- c) через 9 дней при полном исчезновении признаков болезни;
- d) через 14 дней.

При подтверждении панкреатита при паротитной инфекции необходимо кровь исследовать на:

- a) холестерин;
- b) диастазу;
- c) щелочную фосфатазу;
- d) трансаминазы.

Санация ликвора при паротитном менингите бывает через:

- a) 7 дней;
- b) 10 дней;
- c) 14 дней;
- d) ч/з месяц и позже.

При субмаксиллите подчелюстная слюнная железа:

- a) плотная;
- b) плотно-эластичная;
- c) определяется флюктуация над ней;
- d) деревянисто-плотной консистенции.

Осложнением не характерным для паротитной инфекции считается:

- a) бесплодие;
- b) вторичный паротит;
- c) миокардит;
- d) диабет.

При инфекционном мононуклеозе увеличиваются:

- a) подчелюстные лимфоузлы;
- b) затылочные лимфоузлы;
- c) заднешейные лимфоузлы;
- d) все группы лимфоузлов.

Для инфекционного мононуклеоза не характерна:

- a) высокая температура;
- b) поражение носоглотки;
- c) одышка;
- d) увеличение лимфоузлов.

Для инфекционного мононуклеоза не характерна:

- a) желтуха;
- b) увеличение печени;
- c) увеличение селезенки;
- d) снижение сулемовой пробы.

При инфекционном мононуклеозе не желательно использование:

- a) пенициллина;
- b) оксациллина;
- c) цефалоспоринов;



d) левомицетина.

Возбудителями геморрагических лихорадок являются все, кроме:

- a) арбовирусов;
- b) флавивирусов;
- c) энтеровирусов;
- d) буньявирусов;
- e) вириоидов.

Препаратом выбора при лечении Крымской геморрагической лихорадки является:

- a) антибиотики;
- b) химиопрепараты;
- c) плазмоферез;
- d) серотерапия;
- e) антиоксиданты.

Для лечения Омской геморрагической лихорадки применяется все, кроме:

- a) антибиотиков;
- b) переливания крови;
- c) плазмофереза;
- d) серотерапии;
- e) гормонов.

Какое осложнение может привести к летальному исходу при геморрагической лихорадке с почечным синдромом?

- a) кома;
- b) острая печеночная недостаточность;
- c) острая почечная недостаточность.

Какие патологические процессы характерны для геморрагической лихорадки с почечным синдромом?

- a) вирусемия, поражение слизистых оболочек дыхательных путей;
- b) вирусемия, поражение стенки кровеносных сосудов и почек;
- c) вирусемия, поражение сосудов, печеночная недостаточность.

При какой геморрагической лихорадке развивается острая почечная недостаточность?

- a) омская;
- b) крымская;
- c) геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.

Какой симптом не типичен для начальной фазы геморрагической лихорадки с почечным синдромом?

- a) гиперемия и одутловатость лица;
- b) инъекция сосудов склер и конъюнктив;
- c) бледность кожных покровов;
- d) высокая температура;

Источник сибирской язвы:

- a) грызуны;
- b) кошки, собаки;
- c) крупный рогатый скот;
- d) комары, москиты;
- e) люди.

Для сибирской язвы характерно все, кроме:

- a) лихорадка;
- b) интоксикация;
- c) феномен ожерелья;
- d) отечность кожи;
- e) резкая болезненность карбункула.

Для лечения сибирской язвы показано все, кроме:

- a) антибиотиков;
- b) химиопрепаратов;
- c) дезинтоксикационной терапии;
- d) хирургического вмешательства;
- e) назначения сибирезвенного иммуноглобулина.

Для экстренной профилактики сибирской язвы применяется:

- a) вакцинация;
- b) химиотерапия;
- c) антибиотикотерапия;
- d) изоляция контактных;
- e) забой больного скота.

Что характерно для сибирезвенного карбункула?

- a) черный безболезненный струп;
- b) вал красного цвета вокруг;
- c) безболезненный отек тканей вокруг;
- d) все вышеперечисленное.

Какой антибактериальный препарат используется для лечения сибирской язвы?

- a) пенициллин;
- b) эритромицин;
- c) бисептол;
- d) линкомицин.

Какая форма сибирской язвы всегда протекает с генерализацией инфекционного процесса?

- a) кожная;
- b) септическая;
- c) кишечная;
- d) легочная.

Патоморфологически для сибирской язвы характерно воспаление:

- a) серозное;
- b) серозно-гнойное;
- c) серозно-геморрагическое;
- d) гнойно-геморрагическое;
- e) гнойно-некротическое.

Для диагностики сибирской язвы используются все нижеперечисленные методы, кроме:

- a) бактериоскопический;
- b) бактериологический;
- c) аллергологический;
- d) серологический.

Сибирезязвенный карбункул отличается от чумного нижеследующими признаками:

- a) наличием в центре карбункула некротического струпа;
- b) наличием регионарного лимфаденита;
- c) наличием отека вокруг струпа;
- d) безболезненностью.

Возбудитель чумы:

- a) относится к роду иерсиний;
- b) относится к роду листерий;
- c) относится к роду сальмонелл;
- d) относится к роду эшерихий.

Возбудителем чумы является:

- a) *Listeria monocytogenes*;
- b) *Salm. enteritidis*;
- c) *Yersinia enterocolitica*;
- d) *Clostridium perfringes*;
- e) *Yersinia pestis*;
- f) *Yersinia pseudotuberculosis*.

Неправильным утверждением в отношении чумы является:

- a) в природных очагах источником возбудителя являются грызуны;
- b) в антропургических очагах основным источником являются крысы;
- c) переносчиком могут быть любые кровососущие членистоногие;
- d) переносчиком являются только блохи;
- e) возможно заражение воздушно-капельным путем;
- f) возможно заражение алиментарным путем.

При чуме заражение от животных не происходит следующими путями:

- a) воздушно-пылевым;
- b) трансмиссивным;
- c) контактным;

d) парентеральным.

Чума не может протекать в следующих клинических формах:

- a) бубонной;
- b) кожной;
- c) септической;
- d) легочной;
- e) кишечная.

Для чумы не характерны:

- a) острое начало;
- b) гиперемия лица и конъюнктив;
- c) обложенность языка темно-коричневым налетом;
- d) высокая лихорадка;
- e) озноб;
- f) геморрагический синдром.

Для чумного бубона не характерно:

- a) отсутствие болевой чувствительности;
- b) локализация преимущественно в паховой и подмышечной области;
- c) образование «пакета» лимфоузлов, спаянных между собой;
- d) гиперемия кожи над бубоном.

Не характерными симптомами легочной чумы является:

- a) резкая интоксикация;
- b) высокая лихорадка;
- c) выраженная одышка;
- d) интенсивные боли в суставах;
- e) пеннистая кровянистая мокрота;
- f) спутанное сознание.

Легочная форма чумы не характеризуется:

- a) резко выраженной интоксикацией;
- b) наличием множественных бубонов;
- c) выраженной дыхательной недостаточностью;
- d) выделением кровянистой мокроты.

Не характерными особенностями бубона при чуме является:

- a) формирование к 3-5 дням болезни;
- b) резкая болезненность;
- c) спаянность с окружающей клетчаткой;
- d) отсутствием лимфангита;
- e) гиперемированная кожа над бубоном;
- f) вскрытие бубона с образованием свища.

Не характерными проявлениями бубонной чумы является:

- a) резко выраженная интоксикация;
- b) подвижность bubo;
- c) гепатолиенальный синдром;
- d) гиперемия лица;
- e) резкая болезненность bubo;
- f) покраснение кожи над bubo.

Для диагностики чумы не используются следующие методы:

- a) клинико-эпидемиологический;
- b) бактериологический;
- c) биохимический;
- d) серологический;
- e) биологический;

Для диагностики чумы не используют:

- a) бактериоскопический метод;
- b) бактериологический метод;
- c) внутрикожную аллергическую пробу;
- d) серологический метод.

При чуме дифференциальный диагноз проводят с:

- a) брюшным тифом;
- b) дизентерией;
- c) ботулизмом;
- d) туберкулезом легких;
- e) сибирской язвой.

Антибактериальные средства лечения при чуме нижеперечисленные, кроме:

- a) стрептомицин;
- b) левомицетин;
- c) тетрациклин;
- d) оксациллин.

Заражение человека чумой происходит следующими путями, кроме:

- a) водным;
- b) контактным;
- c) алиментарным;
- d) аэрогенным;
- e) трансмиссивным.

При трансмиссивном пути передачи чумы заражение происходит через:

- a) вшей;
- b) блох;
- c) клещей;
- d) комаров;

- e) москитов.

Чумной бубон характеризуется нижеследующими признаками, за исключением:

- a) резчайшей болезненности;
- b) спаянности с окружающей клетчаткой;
- c) нечеткости контуров;
- d) сопутствующего лимфангоита;
- e) выраженной гиперемии кожи над бубоном.

Сочетание каких симптомов характерно для бубонной формы туляремии?

- a) лихорадка, бубон малоблезненный, гепатоспленомегалия;
- b) лихорадка, гепатоспленомегалия, пневмония;
- c) лихорадка, бубон резкоболезненный, гепатоспленомегалия;
- d) лихорадка, карбункул, увеличение лимфатических узлов;

Какой антибактериальный препарат используют для лечения туляремии?

- a) пенициллин;
- b) эритромицин;
- c) стрептомицин;
- d) цефтриаксон.

Какая клиническая форма туляремии возникает при воздушно-пылевом пути заражения?

- a) кожно-бубонная;
- b) бубонная;
- c) абдоминальная;
- d) легочная.

Какая клиническая форма туляремии возникает при пищевом пути заражения?

- a) кожно-бубонная;
- b) глазо-бубонная;
- c) абдоминальная;
- d) легочная.

Из нижеперечисленных клинических форм туляремии наиболее часто встречается:

- a) легочная;
- b) абдоминальная;
- c) ангинозно-бубонная;
- d) кожно-бубонная.

Пути передачи при туляремии нижеследующие, кроме:

- a) контактного;
- b) алиментарного;
- c) воздушно-капельного;
- d) воздушно-пылевого;
- e) трансмиссивного.

При туляремии предпочтительно назначение нижеследующих антибиотиков, за исключением:

- a) пенициллина;
- b) стрептомицина;
- c) тетрациклинов;
- d) левомицетина;
- e) аминогликозидов.

Какое сочетание симптомов характерно для холеры?

- a) обильный водянистый стул без запаха, отсутствие болей в животе, тошноты;
- b) тошнота, рвота;
- c) водянистый зловонный стул;
- d) жидкий, зеленоватой окраски стул, диффузные боли в животе.

Какое звено патогенеза определяет тяжесть течения холеры?

- a) интоксикация;
- b) изотоническая дегидратация;
- c) инвазия возбудителя в слизистую оболочку кишечника;
- d) генерализация инфекционного процесса.

Укажите симптом, не являющийся признаком декомпенсированного обезвоживания:

- a) гипотермия;
- b) генерализованные судороги;
- c) гипертермия;
- d) анурия;
- e) отсутствие периферического пульса.

Каков процент потери массы тела при алгидной форме холеры?

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

Укажите препарат, используемый для лечения больного холерой III степени обезвоживания:

- a) регидрон;
- b) цитроглюкосалан;
- c) 5% р-р глюкозы;
- d) физиологический раствор;
- e) хлосоль.

В каком биологическом субстрате от больного можно обнаружить возбудителя холеры?

- a) кровь;
- b) моча;
- c) кал;
- d) слюна.

Какие лабораторные данные не характерны для декомпенсированного обезвоживания при холере?

- a) увеличение ОЦК;
- b) ацидоз;
- c) гипокалиемия;
- d) гипохлоремия.

Укажите патогенетический механизм развития диареи при холере:

- a) проникновение вибриона в эритроциты;
- b) слущивание эпителия слизистой оболочки тонкой кишки;
- c) поражение вегетативной иннервации тонкой кишки;
- d) воздействие токсических субстанций на ферментные системы энтероцитов.

Укажите характер стула при холере:

- a) обильный, водянистый, зловонный;
- b) обильный, водянистый, без калового запаха и окраски;
- c) обильный, водянистый, зеленоватой окраски;
- d) водянистый, с примесью крови.

Какое звено патогенеза обуславливает тяжесть течения при холере?

- a) интоксикация;
- b) изотоническая дегидратация;
- c) инвазия возбудителя в слизистую оболочку кишечника;
- d) бактериемия.

Укажите антибиотик для лечения холеры:

- a) тетрациклин;
- b) пенициллин;
- c) стрептомицин;
- d) цефтриаксон.

Укажите неправильное утверждение: для холеры характерны следующие проявления:

- a) обильный водянистый стул;
- b) руки «прачки»;
- c) схваткообразные боли в эпигастрии;
- d) судороги.

Регидратационную терапию при холере с обезвоживанием III степени следует проводить:

- a) гемодезом;
- b) 10% раствором глюкозы;
- c) реополиглюкином;
- d) квартасолью.

Размножение холерного вибриона происходит:

- a) в почках;
- b) в просвете тонкого кишечника;



- c) в просвете толстого кишечника;
- d) в печени.

Продолжительность обсервации при холере составляет:

- a) 1 день;
- b) 3 дня;
- c) 5 дней;
- d) 10 дней.

Укажите неправильное утверждение. диагноз холеры подтверждает:

- a) посев крови;
- b) посев рвотных масс;
- c) посев желчи;
- d) посев кала.

Холеру вызывают только:

- a) вирусы;
- b) бактерии;
- c) риккетсии;
- d) простейшие.

Для холеры характерны следующие пути передачи инфекции, кроме:

- a) водный;
- b) алиментарный;
- c) парентеральный;
- d) контактно-бытовой.

Инкубационный период при холере колеблется:

- a) от нескольких часов до 5 дней;
- b) от 6 до 10 дней;
- c) от 11 до 15 дней;
- d) от 16 до 20 дней.

Для холеры не являются характерными следующие осложнения, кроме:

- a) кома;
- b) перитонит;
- c) гиповолемический шок;
- d) отек мозга.

При остром бруцеллезе наиболее характерна следующая картина периферической крови:

- a) анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ;
- b) анемия, лейкопения, белая формула крови без сдвигов, высокая СОЭ;
- c) незначительная гипохромная анемия, лейкопения, анэозинофилия, палочкоядерный сдвиг влево, относительный лимфоцитоз, умеренно ускоренная СОЭ;
- d) нормоэритроцитоз, лейкопения, относительный лимфоцитоз, СОЭ в норме;
- e) нормоэритроцитоз, лейкоцитоз, нейтрофилез, СОЭ слегка ускоренная.

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.

При лечении острого и подострого бруцеллеза применяются нижеследующие антибиотики за исключением:

- a) пенициллина;
- b) рифампицина;
- c) доксициклина;
- d) бисептола;
- e) гентамицина.

Ранним клиническим признаком бруцеллёза считается:

- a) микрополиаденопатия;
- b) фиброзиты и целлюлиты;
- c) увеличение печени и селезенки;
- d) артриты с частым вовлечением околосуставной клетчатки (периартриты), бурситы, тендовагиниты, периоститы, перихондриты;
- e) поражения половой сферы (орхиты и эпидидимиты, расстройства менструального цикла, эндометриты, самопроизвольные аборты).

Диагноз острого бруцеллеза ставится при длительности болезни:

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

При остром бруцеллёзе отмечают:

- a) неправильный характер температурной кривой при достаточно удовлетворительном самочувствии;
- b) появление микрополиаденопатии, ознобов, потливости;
- c) увеличение размеров печени и селезёнки;
- d) признаки инфекционно-аллергического миокардита;
- e) ограничение движений, деформации, деструктивные изменения позвоночника.

Наиболее часто при хроническом бруцеллезе поражается:

- a) периферическая нервная система;
- b) локомоторный аппарат;
- c) висцеральные органы;
- d) урогенитальная система;
- e) сердечно-сосудистая система.

Антибактериальная терапия показана при:

- a) латентном бруцеллезе;
- b) остром бруцеллезе;
- c) первично-хроническом бруцеллезе;
- d) вторично-хроническом бруцеллезе;
- e) резидуальном бруцеллезе.

Обязательными лабораторно-инструментальными методами исследования при подозрении на бруцеллез являются:

- a) кровь на серологические реакции Хеддельсона и Райта;
- b) развернутый общий анализ крови;
- c) общий анализ мочи;
- d) кровь на гемокультуру (посев);
- e) рентгенография позвоночника и суставов.

Из нижеперечисленных бруцелл наиболее выраженными инвазионными свойствами обладают:

- a) Br. Melitensis;
- b) Br. Abortus bovis;
- c) Br. Abortus suis;
- d) Br. Canis;
- e) Br. Ovis.

Укажите симптомы, характерные для бруцеллеза:

- a) волнообразная лихорадка;
- b) гепатоспленомегалия;
- c) артриты, миозиты;
- d) орхиты;
- e) все вышеперечисленные.

Укажите сочетание симптомов, характерное для столбняка:

- a) тризм, обильная саливация;
- b) тонические судороги, тризм, нарушение сознания;
- c) тризм, тонические судороги конечностей, туловища, ясное сознание;
- d) тризм, гидрофобия, параличи мышц конечностей.

Укажите ведущий симптом столбняка:

- a) высокая температура;
- b) тонические судороги;
- c) параличи;
- d) нарушение сознания.

Какой препарат используется для профилактики и лечения столбняка?

- a) антимикробная сыворотка;
- b) антитоксическая сыворотка;
- c) бактериофаг;

- d) нормальная лошадиная сыворотка.

Симптомы, не характерные для столбняка:

- a) тризм;
- b) гидрофобия;
- c) мышечный гипертонус;
- d) ясное сознание;
- e) повышение сухожильных рефлексов.

Самым ранним симптомом столбняка является:

- a) ригидность затылочных мышц;
- b) тонические судороги мимической мускулатуры;
- c) судорожное сокращение мышц верхних конечностей;
- d) судорожное сокращение жевательных мышц;
- e) спазм глотательных мышц.

Судорожное сокращение при столбняке наблюдается в нижеперечисленных группах мышц, за исключением:

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

Столбняк у новорожденных характеризуется нижеперечисленными признаками, за исключением:

- a) блефароспазма;
- b) тремора нижней губы;
- c) тризма;
- d) тремора подбородка;
- e) тремора языка.

Для нейтрализации токсина при столбняке используют:

- a) противостолбнячную лошадиную сыворотку по 20-40 тыс. МЕ в/м до купирования судорожного синдрома;
- b) противостолбнячную человеческую сыворотку в дозе 100-150 мл в/м однократно;
- c) введение однократно в/м 100тыс. МЕ противостолбнячной лошадиной сыворотки;
- d) введение противостолбнячной человеческой сыворотки в дозе 150 тыс. МЕ капельно внутривенно в течение 3 суток;
- e) противостолбнячную лошадиную сыворотку в зависимости от тяжести течения болезни в дозе от 5 до 50 тыс. МЕ в/м однократно.

Чаще всего смерть при столбняке наступает от:

- a) острой дыхательной недостаточности;
- b) острой сердечной недостаточности;
- c) острой сосудистой недостаточности;

- d) мозговой комы;
- e) компрессионных переломов позвоночника.

Столбнячный токсин поражает преимущественно:

- a) вставочные нейроны эфферентных рефлекторных дуг;
- b) двигательные зоны коры головного мозга;
- c) холинэргические синапсы;
- d) задние рога спинного мозга;
- e) ретикулярную формацию продолговатого мозга.

Симптомы, не характерные для столбняка:

- a) общие судороги;
- b) тонические сокращения мимических мышц;
- c) ригидность мышц затылка;
- d) задержка мочеиспускания;
- e) мышечный гипотонус в промежутках между приступами.

Симптомы, не характерные для столбняка:

- a) тризм;
- b) гидрофобия;
- c) мышечный гипертонус;
- d) ясное сознание;
- e) повышение сухожильных рефлексов.

Вирус бешенства достигает ЦНС:

- a) через решетчатую кость;
- b) лимфогенным путем;
- c) гематогенным путем;
- d) периневральным путем.

В период возбуждения при бешенстве наблюдаются нижеследующие симптомы, кроме:

- a) нарушения психики;
- b) паралича глотательной мускулатуры;
- c) различного вида фобий;
- d) гиперсаливации;
- e) гипергидроза.

Паралитический период при бешенстве чаще всего начинается с паралича:

- a) тазовых органов;
- b) нижних конечностей;
- c) черепно-мозговых нервов;
- d) верхних конечностей;
- e) глотательной мускулатуры.

Самым ранним симптомом бешенства является:

- a) повышенная чувствительность к зрительным и слуховым раздражителям;

- b) гиперестезия;
- c) нарушение сна;
- d) беспричинный страх;
- e) «симптом рубца» -зуд, припухание и болезненность в месте укуса.

Какие симптомы характерны для бешенства, кроме:

- a) саливация;
- b) гидрофобия;
- c) аэрофобия;
- d) геморрагии;
- e) все вышеперечисленные.

При укусе животными для профилактики бешенства не проводят:

- a) раннюю первичную обработку раны;
- b) наблюдение за домашними животными в течение 10 суток;
- c) вакцинацию (до 4 инъекций) и однократное введение иммуноглобулина, если животное здоровое;
- d) ревакцинацию через год в случае множественных укусов в голову и шею;
- e) проведение полного курса вакцинации и введение иммуноглобулина по схеме.

Паралитический период бешенства характеризуется:

- a) гипотермией;
- b) прояснением сознания и прекращением признаков гидрофобии;
- c) нарастанием мышечного тонуса;
- d) нормализацией сердечной деятельности;
- e) при отсутствии специфического лечения летальным исходом у 50% больных.

Для стадии возбуждения при бешенстве не характерны:

- a) гидрофобия;
- b) аэрофобия;
- c) фотофобия;
- d) акустикофобия;
- e) клаустрофобия.

Не правильным утверждением в отношении бешенства является:

- a) возбудителем является вирус;
- b) одним из источников инфекции является больной человек;
- c) основным резервуаром возбудителя являются плотоядные животные;
- d) домашние животные могут быть источником инфекции;
- e) заражение возможно при попадании слюны животного на поврежденную кожу.

Исходом бешенства является:

- a) выздоровление;
- b) носительство;
- c) летальный исход;
- d) отставание в умственном развитии.

Неправильным утверждением при лептоспирозе является:

- a) источником инфекции являются многие виды диких и домашних животных;
- b) заражение может происходить при купании в водоемах, зараженных инфицированной мочой животных;
- c) регистрируется летне-осенняя сезонность;
- d) возможен трансмиссивный путь передачи.

Наиболее частым путем передачи лептоспир является

- a) водный;
- b) трансмиссивный;
- c) алиментарный;
- d) парентеральный;
- e) воздушно-капельный;
- f) контактный.

Заражение лептоспирозом не происходит...

- a) при купании;
- b) употреблении воды;
- c) употреблении инфицированных продуктов;
- d) через предметы быта;
- e) при укусе кровососущих насекомых.

Неправильное утверждение: при лептоспирозе:

- a) ведущую роль в патогенезе играет поражение желудочно-кишечного тракта;
- b) наблюдается бактериемия;
- c) характерно поражение печени;
- d) наибольшую опасность представляет поражение почек.

Неправильное утверждение: при лептоспирозе

- a) возможны проявления геморрагического диатеза;
- b) наиболее значительные морфологические изменения обнаруживаются в почках;
- c) наиболее существенным звеном патогенеза является поражение лимфатического аппарата;
- d) наблюдается полиорганность поражений.

При лептоспирозе правильным выражением является:

- a) часто развивается менингоэнцефалит;
- b) обращает на себя внимание бледность кожных покровов;
- c) несмотря на высокую лихорадку, интоксикация выражена слабо;
- d) диарея может приводить к развитию обезвоживания;
- e) наиболее частая причина летальных исходов - острая почечная недостаточность.

При лептоспирозе правильным выражением является:

- a) болезнь протекает в хронической форме;
- b) интоксикация наиболее выражена на 8-9 день болезни;

- c) характерно острое начало болезни с ознобом и повышением температуры до 39-40<sup>0</sup>С;
- d) с первых дней болезни появляется полиурия, свидетельствующая о поражении почек;
- e) характерно развитие холецисто-панкреатита.

Характерный симптомокомплекс лептоспироза:

- a) лихорадка, артралгии, рвота, диарея;
- b) лихорадка, миалгии, печеночно-почечная недостаточность, менингеальные симптомы;
- c) боли в животе, рвота, диарея;
- d) лихорадка, миалгия, артралгия, судороги;
- e) лихорадка, геморрагическая сыпь, носовые и кишечные кровотечения, анемия;
- f) лихорадка, экзантема, диарея.

Не информативными симптомами для лептоспироза являются:

- a) интоксикация;
- b) увеличение лимфоузлов;
- c) интенсивная миалгия;
- d) геморрагии;
- e) поражение почек;
- f) поражение печени.

При лептоспирозе редкими проявлениями болезни являются:

- a) геморрагический синдром;
- b) желтуха;
- c) ОПН;
- d) орхо-эпидидимит.

Для лептоспироза не характерны:

- a) лихорадка постоянного типа продолжительностью до 2 недель;
- b) миалгии и болезненность мышц при пальпации;
- c) одутловатость и гиперемия лица;
- d) боли в пояснице и олигурия;
- e) диарея.

Диагноз лептоспироза не может быть подтвержден:

- a) обнаружением возбудителя в моче методом микроскопии в темном поле;
- b) выделением возбудителя из мочи;
- c) биопробой;
- d) реакцией агглютинации-лизиса лептоспир;
- e) внутрикожной аллергической пробой;
- f) выделением возбудителя из крови.

При лабораторных исследованиях у больного лептоспирозом не обнаруживается

- a) нейтрофильный лейкоцитов со сдвигом влево;
- b) незначительная протеинурия;



- с) нарастание уровня креатинина крови;
- д) гиперкалиемия;
- е) анемия.

Для бактериологической диагностики лептоспироза используют:

- а) мокроту;
- б) кровь;
- с) кал;
- д) сперму;
- е) носоглоточную слизь;
- ф) желчь.

Диагноз лептоспироза не подтверждается:

- а) обнаружением возбудителя методом микроскопии цитратной крови в темном поле;
- б) выделением гемокультуры возбудителя;
- с) реакцией Райта;
- д) выделением уринокультуры возбудителя;
- е) реакцией микроагглютинации и лизиса лептоспир.

Серозный менингит в сочетании с гепаторенальным и геморрагическим синдромом свойственен:

- а) бруцеллезу;
- б) псевдотуберкулезу;
- с) лептоспирозу;
- д) менингококковой инфекции;
- е) сыпному тифу.

Препаратом выбора для лечения лептоспироза является:

- а) пенициллин;
- б) эритромицин;
- с) фуразолидон;
- д) рифампицин;
- е) левомицетин;
- ф) ципрофлоксацин.

Препаратом выбора для лечения лептоспироза является:

- а) пенициллин;
- б) гентамицин;
- с) доксициклин;
- д) клафоран;
- е) эритромицин.

Для специфической терапии лептоспироза применяется:

- а) противолептоспирозная вакцина;
- б) лептоспирозный гаммаглобулин;
- с) противолептоспирозная сыворотка;

d) нормальный человеческий иммуноглобулин.

Правильным утверждением является - Ку-лихорадка:

- a) вызывается риккетсиями;
- b) распространена в странах с жарким климатом;
- c) является антропонозом;
- d) встречается преимущественно в городах;
- e) распространяется крысами;
- f) вызывается боррелиями.

Неправильным утверждением является - Ку-лихорадка:

- a) природно-очаговое заболевание;
- b) передается разнообразными путями;
- c) встречается преимущественно в сельской местности;
- d) характеризуется непродолжительным (до 5 дней) лихорадочным периодом.

Клиническая картина Ку-лихорадки не характеризуется:

- a) лихорадкой неправильного типа;
- b) частым поражением органов дыхания;
- c) выраженной интоксикацией;
- d) частым неблагоприятным исходом болезни.

Препаратом выбора для лечения ку-лихорадки является:

- a) ципрофлоксацин;
- b) бисептол;
- c) тетрациклин;
- d) клафоран.

При ку-лихорадке диагноз не подтверждается:

- a) РСК;
- b) иммунофлюоресцентным методом;
- c) реакцией агглютинации;
- d) выделением гемокультуры.

Источником инфекции при сыпном тифе является:

- a) больной;
- b) бактерионоситель;
- c) домашние животные;
- d) различные виды вшей.

Неправильным утверждением при сыпном тифе является:

- a) источником инфекции являются здоровые носители риккетсий;
- b) больные заразны в течение всего лихорадочного периода;
- c) переносчик - платяная вошь;
- d) заражение происходит при втирании экскрементов вшей в поврежденную кожу;
- e) восприимчивость человека высокая;

- f) возможно формирование рецидивирующих форм.

Правильным утверждением при сыпном тифе является:

- a) источник инфекции — платяные вши;
- b) заражение происходит при укусе блох;
- c) механизм передачи – трансмиссивный;
- d) заразительность больного сохраняется в течение нескольких лет;
- e) восприимчивы преимущественно лица пожилого возраста.

Переносчиком сыпного тифа являются:

- a) постельные клопы;
- b) лобковые вши;
- c) крысиные блохи;
- d) платяные вши;
- e) иксодовые клещи.

Основными переносчиками возбудителя сыпного тифа является:

- a) головная вошь;
- b) постельный клоп;
- c) клещи;
- d) платяная вошь;
- e) блохи;
- f) комары.

Основными звеньями патогенеза сыпного тифа не являются:

- a) риккетсиемия;
- b) размножение риккетсий в лимфоузлах;
- c) развитие тромбоваскулитов;
- d) поражение сердечно-сосудистой системы;
- e) поражение центральной нервной системы.

Правильным утверждением при сыпном тифе является:

- a) возбудитель распространяется лимфогенным и гематогенным путем;
- b) поражаются нейроны;
- c) развивается специфическая пневмония;
- d) имеются признаки повышенной кровоточивости;
- e) после перенесенной болезни возможно многолетнее персистирование возбудителя в организме.

Сыпной тиф не характеризуется:

- a) высокой лихорадкой в течение 12-14 дней;
- b) появлением сыпи на 5-й день болезни;
- c) полиневритом;
- d) менингоэнцефалитом.

Сыпной тиф характеризуется:

- a) постепенным началом болезни;
- b) высокой лихорадкой длительностью до 7-10 дней;
- c) полиаденопатией;
- d) наличием гепатолиенального синдрома.

Сыпной тиф не характеризуется:

- a) острым началом;
- b) головной болью, сочетающейся бессонницей;
- c) гиперемией, одутловатостью лица;
- d) розеолезно-папулезной сыпью;
- e) гепатолиенальным синдромом.

Сыпь при сыпном тифе появляется в следующие сроки:

- a) 1 день;
- b) 4-6 день;
- c) 7-10 день;
- d) 11-12 день.

Не характерными симптомами начального периода сыпного тифа являются:

- a) острое начало;
- b) высокая лихорадка;
- c) головная боль;
- d) нарушение сна;
- e) бледность кожных покровов;
- f) эйфоричность больных.

В начальном периоде сыпного тифа не характерны:

- a) гиперемия лица;
- b) инъекция склер;
- c) симптом щипка;
- d) розеолезно-петехиальная сыпь;
- e) пятна Киари-Авцына;
- f) симптом Розенберга.

Основными клиническими симптомами сыпного тифа не являются:

- a) острое начало;
- b) высокая лихорадка постоянного типа;
- c) диарея;
- d) психомоторное возбуждение;
- e) розеолезно-петехиальная сыпь;
- f) энантема на слизистых.

Клиническими признаками сыпного тифа не являются:

- a) острое начало;
- b) розеолезно-петехиальная сыпь с 4-5 дня болезни;
- c) увеличение печени и селезенки;

- d) специфическая пневмония;
- e) симптом Говорова-Годелье;
- f) симптом щипка.

Не характерными симптомами разгара сыпного тифа являются:

- a) обильная розеолезно-петехиальная сыпь;
- b) бред, помрачение сознания;
- c) тахикардия, гипотония;
- d) увеличение печени и селезенки;
- e) острая почечная недостаточность.

Для сыпного тифа характерна сыпь:

- a) розеолезная;
- b) розеолезно-петехиальная;
- c) розеолезно-папулезная;
- d) папулезная;
- e) папулезно-геморрагическая;
- f) везикулярна.

Для периода разгара сыпного тифа не характерны:

- a) ремиттирующая лихорадка с ознобами;
- b) головная боль;
- c) гепатолиенальный синдром;
- d) розеолезно-петехиальная сыпь;
- e) симптом Говорова-Годелье.

Основными симптомами периода разгара сыпного тифа не являются:

- a) головная боль;
- b) боли в горле;
- c) розеолезно-петехиальная сыпь;
- d) бессонница;
- e) делирий с галлюцинациями и возбужденностью больных.

При лабораторной диагностике сыпного тифа используют:

- a) реакцию связывания комплемента;
- b) выделение гемокультуры возбудителя;
- c) внутрикожную аллергическую пробу;
- d) реакцию Райта;
- e) биопробу.

Методы диагностики сыпного тифа, не применяемые на практике:

- a) РСК;
- b) РНГА;
- c) выделение культуры риккетсий;
- d) реакция агглютинации с риккетсиями Провачека.

Сыпной тиф не приходится дифференцировать с:

- a) гриппом;
- b) ботулизмом;
- c) менингококковой инфекцией;
- d) пневмонией;
- e) геморрагическими лихорадками;
- f) брюшным тифом.

Препаратом выбора для лечения сыпного тифа являются:

- a) полусинтетические пенициллины;
- b) цефалоспорины третьего поколения;
- c) аминогликозиды;
- d) бисептол;
- e) тетрациклины.

Этиотропное лечение больных болезнью Брилла проводится:

- a) специфическим иммуноглобулином;
- b) сывороткой реконвалесцентов сыпного тифа;
- c) тетрациклином;
- d) живой ослабленной вакциной;
- e) реафероном;
- f) ремантадином.

Основным препаратом для лечения сыпного тифа является:

- a) стрептомицин;
- b) эритромицин;
- c) тетрацилин;
- d) олендомицин;
- e) цефтриаксон;
- f) цефпрофлоксацин.

Этиотропная терапия больных сыпным тифом и болезнью Брилла должна продолжаться вплоть до:

- a) 2 дня нормальной температуры;
- b) нормализации размеров селезенки;
- c) 25 дня болезни;
- d) получения отрицательных результатов бактериологических исследований;
- e) нормализации картины крови и биохимических показателей;
- f) нормализации температуры.

Болезнь Брилла - это:

- a) риккетсиоз, вызванный риккетсией Бернетта;
- b) хламидиоз;
- c) спирохетоз;
- d) системный боррелиоз;
- e) рецидив сыпного тифа.

Неправильным утверждением является:

- a) болезнь Брилла - это повторный сыпной тиф;
- b) больные болезнью Брилла не представляют эпидемиологической опасности;
- c) клиническая картина болезни Брилла сходна с сыпным тифом;
- d) для диагностики болезни Брилла и сыпного тифа используются одинаковые серологические тесты.

Неправильное утверждение - болезнь Брилла отличается от сыпного тифа:

- a) отсутствием педикулеза у больного и в его окружении;
- b) свойствами возбудителя;
- c) укороченным лихорадочным периодом;
- d) менее тяжелым течением болезни.

Болезнь Брилла – это:

- a) сыпной тиф;
- b) рецидив сыпного тифа;
- c) клещевой риккетсиоз;
- d) волынская лихорадка.

Какой из риккетсиозов дает хронизацию болезни:

- a) сыпной тиф;
- b) брюшной тиф;
- c) лихорадка Ку;
- d) окопная лихорадка;
- e) марсельская лихорадка.

Какой из риккетсиозов относится к пятнистым:

- a) сыпной тиф;
- b) блошинный тиф;
- c) лихорадка цуцуламуши;
- d) везикулезный риккетсиоз;
- e) марсельская лихорадка.

Для лечения риккетсиозов применяются препараты, кроме:

- a) тетрациклин;
- b) доксицилин;
- c) пенициллин;
- d) фторхинолоны;
- e) левомицетин.

Выписка больных сыпным тифом проводится:

- a) на 3-й день нормальной температуры;
- b) на 7-й день нормальной температуры;
- c) на 12-14-й день нормальной температуры;
- d) на 30-й день нормальной температуры;

- е) по требованию больного.

Против каких риккетсиозов применяется вакцина:

- а) лихорадка Ку;
- б) волынская лихорадка;
- в) скалистых гор Нового света;
- г) скалистых гор Старого света;
- е) сыпной тиф.

Для профилактики риккетсиозов применяется всё, кроме:

- а) реппелентов;
- б) одевания плотной одежды;
- в) само- и взаимоосмотров;
- г) химиофилактики;
- е) вакцинации.

Неправильное утверждение в отношении орнитоза:

- а) распространен среди птиц;
- б) является антропонозом;
- в) передается воздушно-пылевым путем;
- г) сопровождается поражением органов дыхания;
- е) сопровождается поражением нервной системы.

Путь передачи при орнитозе:

- а) контактный;
- б) алиментарный;
- в) аэрогенный;
- г) трансмиссивный;
- е) парентеральный.

Орнитоз клинически не проявляется:

- а) лихорадкой;
- б) поражением легких;
- в) диспепсическими расстройствами;
- г) поражением нервной системы.

Неправильным утверждением в отношении клиники орнитоза является:

- а) преимущественно поражается гепатобилиарная система;
- б) характерна лихорадка;
- в) часто поражаются легкие;
- г) возможно рецидивирующее течение болезни;
- е) часто поражается центральная нервная система.

Для диагностики орнитоза не используют:

- а) РСК;
- б) РТГА;



- c) реакцию агглютинации-лизиса лептоспир4
- d) выделение культуры возбудителя из крови и мокроты.

Неправильным утверждением в отношении лечения орнитоза является:

- a) рекомендуется госпитализация;
- b) эффективны антибиотики пенициллинового ряда;
- c) наиболее эффективны антибиотики тетрациклинового ряда;
- d) эффективна вакциноterapia;

В лечении хламидиозов препаратом выбора являются:

- a) пенициллин;
- b) фторхинолонф;
- c) тетрациклины;
- d) рифампицин;
- e) химиопрепараты.

Источник орнитоза-это:

- a) люди;
- b) голуби, домашние птицы;
- c) овцы, козы;
- d) грызуны;
- e) насекомые.

При типичных формах орнитоза рентгенологически чаще всего определяется:

- a) интерстициальная пневмония;
- b) очаговая пневмония;
- c) сегментарная пневмония;
- d) лобарная пневмония;
- e) плевропневмония.

Орнитозные менингиты относятся к:

- a) первично-серозным;
- b) вторично-серозным;
- c) первично-гнойным;
- d) вторично-гнойным;
- e) геморрагическим.

Основной формой малярии в Кыргызстане является:

- a) тропическая малярия;
- b) 3-х дневная малярия;
- c) 4-х дневная малярия;
- d) микст-малярия;
- e) малярия-овале.

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.

Какое осложнение встречается при 3-х дневной малярии?

- a) кома;
- b) ИТШ;
- c) ОПН;
- d) разрыв селезенки;
- e) гемоглобинурийная лихорадка.

Самое грозное осложнение малярии:

- a) пневмония;
- b) кома;
- c) ОПН;
- d) гепатит;
- e) судорожный синдром.

Для уничтожения тканевых спорозоитов применяется:

- a) тетрациклин;
- b) фторхинолоны;
- c) примахин;
- d) делагил;
- e) антиоксиданты.

Решающим методом лабораторной диагностики малярии являются:

- a) общий развернутый анализ крови;
- b) исследование толстой капли крови и мазка крови;
- c) серологические реакции;
- d) биологическая проба.

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;

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;

Возможны следующие пути передачи малярии за исключением:

- a) контактно - бытового;
- b) трансмиссивного;
- c) парентерального;
- d) трансплацентарного;

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;

При малярии наиболее характерна следующая картина крови:

- a) анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ;
- b) анемия, лейкопения, белая формула крови без сдвигов, ускоренная СОЭ;
- c) незначительная гипохромная анемия, лейкопения, анэозинофилия, палочкоядерный сдвиг влево, относительный лимфоцитоз, умеренно ускоренная СОЭ;
- d) нормоэритроцитоз, лейкопения, относительный лимфоцитоз, СОЭ в норме;
- e) нормоэритроцитоз, лейкоцитоз, нейтрофилез, слегка ускоренная СОЭ;

Длительность малярийного приступа при 3-х дневной малярии обычно составляет:

- a) от 2 до 6 часов;
- b) от 6 до 12 часов;
- c) от 12 до 18 часов;
- d) от 18 до 24 часов;
- e) от 24 до 36 часов;

Какие биологические субстраты используют для лабораторного подтверждения диагноза малярии?

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

Какой препарат действует на эритроцитарные формы плазмодия?

- a) делагил;
- b) примахин;
- c) метрагил;
- d) хиноцид.

С каким возбудителем ассоциируется тяжелое течение малярии с развитием комы?

- a) *Pl. vivax*;
- b) *Pl. ovale*;
- c) *Pl. malariae*;
- d) *Pl. falciparum*.

Укажите препарат противорецидивного действия при малярии:

- a) примахин;
- b) хинин;
- c) делагил;
- d) нитрофураны.

Укажите типичную температурную кривую, характерную для малярии:

- a) перемежающаяся лихорадка;
- b) послабляющая лихорадка;
- c) постоянная лихорадка;
- d) гектическая лихорадка.

Показанием для обследования на малярию является все нижеперечисленное, кроме:

- a) все лихорадящие больные с неясным диагнозом;
- b) лихорадящие больные с лимфаденопатией;
- c) доноры;
- d) лихорадящие больные, прибывшие из стран неблагоприятных в эпидемиологическом отношении по малярии;
- e) лихорадящие больные, в анамнезе у которых имеются указания на перенесенную в прошлом малярию.

Правильное выражение-возбудитель амебиаза:

- a) существует в 2 формах – цист и вегетативной просветной;
- b) вегетативные формы устойчивы в окружающей среде;
- c) паразитирует в толстой кишке;
- d) вызывает фибринозно-геморрагическое воспаление толстой кишки;
- e) образует экзотоксин.

Неверно по отношению к возбудителю амебиаза:

- a) в окружающей среде образует цисты;
- b) цисты содержат 4 ядра;
- c) в кишечнике паразитируют вегетативные формы;
- d) вирулентностью обладают просветные формы;
- e) просветные формы активно фагоцитируют бактерии;.

Источником инфекции при амебиазе не являются:

- a) больной острым амебиазом;
- b) больной хроническим амебиазом;
- c) домашние животные;
- d) цистоносители.

Правильное утверждение в отношении амебиаза:

- a) поражаются все отделы кишечника;
- b) поражается тонкий кишечник;
- c) при внекишечном амебиазе чаще всего поражается печень;

- d) амебиаз распространен преимущественно в странах с умеренным климатом;
- e) амебиаз является зоонозной инфекцией.

Правильное утверждение в отношении амебиоза:

- a) острое начало с явлениями общей интоксикации;
- b) наличие болей в левой подвздошной области;
- c) локализация болей преимущественно в средней части живота;
- d) появление жидкого стула со слизью, пропитанной кровью;
- e) выздоровление в течение 1-2 недель.

Укажите правильное утверждение - наиболее характерным морфологическим признаком амебиоза является:

- a) язвенное поражение дистального отдела подвздошной кишки;
- b) катарально-эрозивный проктосигмоидит;
- c) сфинктерит;
- d) язвенные поражения слепой кишки;
- e) фибринозный колит.

Наиболее характерным симптомом при кишечном амебиозе является:

- a) высокая лихорадка, боли в правом подреберье;
- b) рвота;
- c) боли в эпигастральной области;
- d) стул в виде «малинового желе»;
- e) стул в виде «мясных помоев».

Для клиники кишечного амебиоза не характерно:

- a) постепенное начало;
- b) схваткообразные боли в животе;
- c) учащение стула до 10-15 раз в сутки;
- d) наличие в кале примеси крови и слизи;
- e) высокая лихорадка с первых дней болезни.

Осложнениями кишечного амебиоза не является:

- a) перитонит;
- b) кишечное кровотечение;
- c) стриктура кишки;
- d) кишечная непроходимость;
- e) рак толстой кишки.

При внекишечном амебиозе чаще всего наблюдаются абсцессы:

- a) мозга;
- b) легких;
- c) селезенка;
- d) печени;
- e) почек.

Для диагностики амебиаза:

- a) наиболее характерно обнаружение при микроскопии испражнений тканевых и больших просветных форм возбудителя;
- b) главным методом является выделение чистой культуры возбудителя в дуоденальном содержимом;
- c) важное значение имеет обнаружение возбудителя в дуоденальном содержимом;
- d) наиболее существенным является обнаружение цист возбудителя в испражнениях;
- e) серологические методы диагностики имеют решающее значение.

Лечение при кишечном амебиазе следует проводить:

- a) тиамином;
- b) тинидазолом;
- c) тизанидином;
- d) триацинолоном;
- e) триметопримом.

Токсоплазма относится к классу

- a) споровики;
- b) саркодовые;
- c) жгутиковые;
- d) инфузории.

К особенностям строения токсоплазмы не относится

- a) форма тела в виде дольки апельсина;
- b) крупное ядро;
- c) ядро располагается в середине клетки;
- d) наличие ложноножек.

Локализация токсоплазмы в организме человека

- a) головной мозг, легкие, оболочки плода, стенки матки;
- b) сердце, верхние дыхательные пути;
- c) печень, поджелудочная железа;
- d) все ответы правильные.

Окончательными хозяевами в цикле развития токсоплазмы служат представители семейства

- a) кошачьих;
- b) псовых;
- c) волчьих;
- d) ластоногих.

Промежуточными хозяевами в цикле развития токсоплазмы не являются

- a) человек;
- b) птица;
- c) млекопитающие;
- d) земноводные.

В организме промежуточного хозяина токсоплазма не имеет стадии

- a) шизонта, мерозоита;
- b) ооцисты со спорозоидами;
- c) спорозоида;
- d) цисты.

При токсоплазмозе патогенной для человека является

- a) ооциста со спорозоидами;
- b) шизонт;
- c) мерозоит;
- d) микро- и макрогаметоциты.

Клинические формы токсоплазмоза

- a) врожденный, инфекционный;
- b) приобретенный, инфекционный;
- c) врожденный, приобретенный;
- d) приобретенный, трансмиссивный.

Способом заражения токсоплазмозом не является

- a) пищевой;
- b) гемотрансфузионный;
- c) трансмиссивный;
- d) контактно-профессиональный.

Путь инвазии при врожденном токсоплазмозе

- a) перкутанный;
- b) трансмиссивный;
- c) алиментарный;
- d) плацентарный.

Методом лабораторной диагностики токсоплазмоза не является

- a) иммунологический;
- b) аллергические пробы;
- c) рентгенография;
- d) гистологический.

К способам профилактики токсоплазмоза не относится

- a) мытье рук после контакта с кошками;
- b) кипячение молока;
- c) термическая обработка мясopодуlктов;
- d) использование репеллентов.

Лямблия относится к классу:

- a) инфузорий;
- b) споровиков;
- c) жгутиковых;

d) саркодовых.

Для лямблии не характерны следующие признаки:

- a) радиальная симметрия тела;
- b) грушевидная форма тела;
- c) два ядра;
- d) четыре пары жгутиков.

Локализация лямблии в организме человека:

- a) плазма крови;
- b) клетки кожи;
- c) 12-перстная кишка;
- d) селезенка.

При лямблиозе патогенной формой для человека является:

- a) яйцо;
- b) личинка;
- c) циста и вегетативная форма;
- d) спорозоит.

Путь инвазии при лямблиозе:

- a) трансмиссивный;
- b) контактный;
- c) пищевой;
- d) воздушно-капельный.

Лямблиоз не характеризуется:

- a) механической блокадой кишечника;
- b) нарушением пристеночного пищеварения;
- c) нарушением всасывающей функции кишечника;
- d) поражением центральной нервной системы.

Материал для диагностики лямблиоза:

- a) мазок крови, лимфа;
- b) мазок из отделяемого мочеполовых путей;
- c) содержимое кожных язв;
- d) фекалии и содержимое 12-перстной кишки.

В мазке фекалий при лямблиозе можно обнаружить:

- a) цисты;
- b) яйца;
- c) личинки;
- d) вегетативные формы.

К способам профилактики лямблиоза не относится:

- a) мытье овощей и фруктов;



- b) питье кипяченой воды;
- c) хорошая термическая обработка мяса;
- d) тщательное мытье рук.

Паразитами тонкого кишечника являются

- a) *Schistosoma mansoni*;
- b) *Taenia solium*;
- c) *Echinococcus granulosus*;
- d) *Diphyllobothrium latum*.

Промежуточным хозяином печеночного сосальщика является

- a) человек;
- b) моллюски р. *Limnea*;
- c) крупный рогатый скот;
- d) циклопы.

Человек может быть основным хозяином для паразитов

- a) *Fasciola hepatica*;
- b) *Alveococcus multilocularis*;
- c) *Taeniarrhynchus saginatus*;
- d) *Taenia solium*.

Человек является только промежуточным хозяином для

- a) *Alveococcus multilocularis*;
- b) *Taenia solium*;
- c) *Echinococcus granulosus*;
- d) *Fasciola hepatica*.

Яйцо является инвазионной стадией для заболеваний

- a) аскаридоз;
- b) энтеробиоз;
- c) трихинеллез;
- d) трихоцефалез.

Стадией цикла развития печеночного сосальщика не является

- a) яйцо;
- b) спороциста;
- c) редия;
- d) церкария;
- e) мирацидий;
- f) метацеркарий.

Из яйца трематод выходит личинка

- a) филярия;
- b) спороциста;
- c) редия;

- d) мирацидий;
- e) адолескарий.

Основной хозяин для *taenia solium* — это

- a) свиньи;
- b) крупный рогатый скот;
- c) человек;
- d) собаки;
- e) грызуны.

Основной хозяин печеночного сосальщика — это:

- a) свиньи;
- b) собаки;
- c) человек;
- d) грызуны;
- e) коровы.

Промежуточный хозяин *opisthorhis felineus*

- a) пресноводные рыбы;
- b) свиньи;
- c) собаки;
- d) человек;
- e) моллюски.

Биогельминты — это

- a) *Ascaris lumbricoides*;
- b) *Enterobius vermicularis*;
- c) *Trichinella spiralis*;
- d) все вышеперечисленные.

Яйцо является инвазионной стадией для заболевания

- a) тениоз;
- b) аскаридоз;
- c) цистицеркоз;
- d) стронгилоидоз;
- e) эхинококкоз.

Аутоинвазия возможна при заболеваниях:

- a) гименолипидоз;
- b) фасциолез;
- c) энтеробиоз;
- d) стронгилоидоз;
- e) тениоз.

Заражение описторхозом может происходить при:

- a) питье сырой воды;

- b) несоблюдении правил личной гигиены;
- c) употреблении в пищу сырой рыбы;
- d) употреблении в пищу мяса животных;
- e) укусе комара р. *Anopheles*.

К геогельминтам относятся

- a) *Trichinella spiralis*;
- b) *Ascaris lumbricoides*;
- c) *Enterobius vermicularis*;

Показаниями для орально-регидратационной терапии (ОРТ) служат:

- a) все кишечные инфекции не зависимо от этиологии;
- b) только легкие, среднетяжелые формы ОКИ;
- c) только тяжелые формы ОКИ;
- d) инвазивные диареи.

Для отпаивания при ОКИ можно использовать:

- a) молоко;
- b) минеральную воду;
- c) регидрон;
- d) сок апельсина;

Признаки гипокалиемии при ОКИ:

- a) кома;
- b) тахикардия;
- c) возбуждение;
- d) парез кишечника.

Симптомы обезвоживания:

- a) влажные слизистые;
- b) выбухание шейных вен;
- c) полиурия;
- d) жажда.

Инфузионная терапия показана при:

- a) отсутствии обезвоживания;
- b) умеренном обезвоживании;
- c) тяжелом обезвоживании;
- d) при ОКИ не проводится.

Сепсис может быть при:

- a) гриппе;
- b) дизентерии;
- c) скарлатине;
- d) краснухе.

О передозировке объема инфузионной терапии при обезвоживании свидетельствуют:

- a) взбухание родничка;
- b) западение родничка;
- c) уменьшение размеров печени;
- d) вялость, заторможенность.

Срок хранения разведенного регидрона:

- a) 6 часов;
- b) 12 часов;
- c) 36 часов;
- d) 24 часов.

О наличии обезвоживания свидетельствуют следующие симптомы:

- a) выраженная жажда;
- b) глаза не западают;
- c) при плаче есть слезы;
- d) слизистые рта влажные.

Об отсутствии обезвоживания свидетельствуют следующие симптомы:

- a) беспокойство ребенка;
- b) запавшие глаза;
- c) кожная складка расправляется быстро;
- d) сухие слизистые рта;
- e) выраженная жажда.

Ребенок с тяжелой кишечной инфекцией получает внутривенно витамин "С", кокарбоксылазу, гепарин, преднизолон, 4% калий хлор. Отмечается снижение протромбинового индекса. Какой препарат необходимо отменить?:

- a) витамин "С";
- b) кокарбоксылазу;
- c) преднизолон;
- d) гепарин;

Ребенку с массой тела 4 кг. и признаками умеренного обезвоживания для регидратации необходимо назначить ОРС в количестве:

- a) 100-200 мл.;
- b) 200-300 мл.;
- c) 300 мл.;
- d) 1000 мл.

Для поддерживающей регидратации ребенку с острой диареей в возрасте 3 мес. достаточно назначить ОРС в количестве:

- a) 50-100 мл после каждого стула;
- b) столько сколько хочет ребенок пить;
- c) 100-200 мл;
- d) до 1000 мл.

Какой раствор является наиболее эффективным для оральной регидратации ОКИ?

- a) кипяченая вода;
- b) регидрон;
- c) рисовый отвар;
- d) отвар кураги.

Выберите препараты калия для парентерального применения:

- a) калий оротат;
- b) панангин;
- c) калий хлорид 7,5%;
- d) аспаркам.

Где обычно проводят оральную регидратацию при ОКИ без обезвоживания?

- a) дома;
- b) в пунктах оральной регидратации;
- c) в стационарах;
- d) в отделении РИТ.

Оральную регидратацию при ОКИ с умеренным обезвоживанием необходимо проводить:

- a) дома;
- b) в пунктах оральной регидратации;
- c) в стационарах;
- d) не проводят.

Признаками гипокалиемии не являются:

- a) вялость ребенка, бледные кожные покровы;
- b) рвота;
- c) тахикардия;
- d) гипотония мышц;
- e) вздутие живота.

Срок хранения сухого регидрона составляет:

- a) срок хранения не ограничен;
- b) 1 год;
- c) 3 года;
- d) 5 лет.

Срок хранения разведенного регидрона составляет:

- a) 24 часа;
- b) 6 час;
- c) 36 час;
- d) 48 час.

Один порошок регидрона разводят в:

- a) 0.5 литре кипяченой воды;

- b) 1.5 литре кипяченой воды;
- c) 2.0 литрах кипяченой воды
- d) 1.0 литре кипяченой воды.

О наличии обезвоживания свидетельствуют следующие симптомы:

- a) глаза не западают;
- b) выраженная жажда;
- c) при плаче есть слезы;
- d) слизистые рта влажные;
- e) жидкость пьет нормально, жажды нет.

У больного с признаками обезвоживания, получавшего регидратационную терапию отмечается: резкое прибавление в весе, подъем Т, пастозность голеней, выбухание большого родничка, увеличение печени, брадикардия, судороги. О чем это говорит?

- a) недостаточность регидратационной терапии;
- b) аллергическая реакция;
- c) суперинфекция;
- d) передозировка регидратационной терапии.

Для лечения парагриппа с синдромом крупа II степени не показаны:

- a) кортикостероиды;
- b) антибиотики;
- c) пролонгированная интубация;
- d) кислород.

При какой продолжительности сохранения симптомов крупа I степени следует оценить как круп II степени и лечить как круп II степени:

- a) 1 сутки;
- b) более 1 суток;
- c) 2 суток;
- d) 3-5 дней.

Антибиотики широкого спектра не показаны при ОРВИ с синдромом крупа:

- a) I степени;
- b) II степени;
- c) III степени;
- d) II-III степени.

Кортикостероиды показаны уже при крупе:

- a) I степени;
- b) II степени;
- c) III степени;

Нейротоксикоз тяжелее протекает и чаще развивается при ОРВИ у детей с отягощенным преморбидным фоном:

- a) анемией;

- b) гипотрофией;
- c) энцефалопатией;
- d) экссудативным диатезом.

При нейротоксикозе чаще наблюдается температура:

- a) 37,5 градусов;
- b) 38 град.;
- c) 38-38,5 град.;
- d) 39 и выше.

Спинальная жидкость при гриппе с нейротоксикозом:

- a) без изменений;
- b) вытекает под давлением;
- c) цитоз 30-40;
- d) белок слегка повышен.

Осложнением аденовирусной инфекции не может быть:

- a) отит;
- b) бронхит;
- c) пневмония;
- d) энцефалит.

Нейротоксикоз не характерен для:

- a) гриппа;
- b) менингита;
- c) энцефалита;
- d) парагриппа.

Для нейротоксикоза не характерна:

- a) судороги;
- b) бледная гипертермия;
- c) гиперестезия;
- d) асимметрия лица.

Начало болезни у Оли 6 мес. с редкого кашля, T - нормальная, на 2-ой день осиплость голоса и ночью появилось затрудненное дыхание. Ваш диагноз?:

- a) парагрипп, ларингит;
- b) парагрипп, стенозирующий ларингит (круп);
- c) аденовирусная инфекция; (круп)
- d) РС-инфекция (обструктивный синдром).

Нейротоксикоз тяжелее протекает и чаще развивается при ОРИ у детей с отягощенным преморбидным фоном:

- a) анемией;
- b) гипотрофией;
- c) энцефалопатией;

- d) гиповитаминозом.

Для бронхиолита не характерно:

- a) обилие хрипов;
- b) ассиметричность поражения;
- c) кашель;
- d) одышка.

Для менингококцемии с развитием ИТШ 2 степени характерно следующее изменение со стороны кожи:

- a) гиперемия кожи;
- b) бледность кожи, мраморный рисунок, крупная геморрагическая сыпь на нижних конечностях;
- c) диффузный цианоз;
- d) мелкая геморрагическая единичная сыпь.

Для ИТШ 1 степени при менингококцемии характерно:

- a) повышение артериального давления;
- b) верхние границы нормы артериального давления;
- c) снижение артериального давления на половину;
- d) артериальное давление не определяется.

При менингококцемии с явлениями ИТШ 1 ст. сыпь:

- a) единичная геморрагическая правильной формы;
- b) мелкая геморрагическая, подсыпающая на глазах сыпь неправильной формы;
- c) единичная геморрагическая неправильной формы;
- d) крупная геморрагическая сыпь с некрозами на ягодицах и нижних конечностях.

Для отека мозга не характерны следующие симптомы:

- a) гиперемия лица;
- b) резкая бледность лица;
- c) усиление судорог;
- d) нарушение сознания.

При нейротоксикозе ликвор:

- a) прозрачный вытекает редкими каплями;
- b) прозрачный, вытекает частыми каплями или струей;
- c) цитоз 30-40 клеток;
- d) нейтрофиллез.

При тяжелой форме ВГВ у больного в желтушном периоде не характерно:

- a) повышение уровня билирубина до 80 ммоль/л;
- b) снижение сулемовой пробы до 1,4-1,6;
- c) повышение уровня билирубина свыше 170 ммоль/л;
- d) протромбиновый индекс 60% и ниже.



Какие лабораторные показатели определяют тяжесть гепатита?

- a) активность трансфераз;
- b) протромбиновый индекс;
- c) уровень уробилина в моче;
- d) тимоловая проба.

В лечении гепатодистрофии необходимо не используют:

- a) гормоны;
- b) ингибиторы протеаз;
- c) внутривенное введение растворов;
- d) цитостатики.

Критериями тяжести ВГ являются:

- a) степень интоксикации и выраженность желтухи;
- b) темная моча;
- c) уровень щелочной фосфатазы;
- d) активность трансфераз.

Предвестниками гепатодистрофии не является:

- a) инверсия сна;
- b) увеличение размеров печени
- c) повторная рвота;
- d) нарастание желтухи.

Лабораторные показатели, характеризующие тяжесть гепатита:

- a) уровень билирубина;
- b) тимоловая проба;
- c) трансаминаза;
- d) щелочная фосфатаза.

Клинические критерии тяжести гепатита, кроме:

- a) геморрагический синдром;
- b) увеличение печени;
- c) снижение аппетита;
- d) степень желтухи

Предвестниками гепатодистрофии являются:

- a) увеличение размеров печени;
- b) уменьшение размеров печени;
- c) нормальная температура тела;
- d) уменьшение желтухи,

Укажите препарат, используемый для лечения больного холерой III степени обезвоживания:

- a) регидрон;
- b) цитроглюкосалан;
- c) 5% р-р глюкозы;

- d) физиологический раствор;
- e) хлосоль.

Какие лабораторные данные не характерны для декомпенсированного обезвоживания при холере?

- a) увеличение ОЦК;
- b) ацидоз;
- c) гипокалиемия;
- d) гипохлоремия.

Регидратационную терапию при холере с обезвоживанием III степени следует проводить:

- a) гемодезом;
- b) 10% раствором глюкозы;
- c) реополиглюкином;
- d) квартасолью.

Показанием к назначению интенсивной терапии у больных является:

- a) олигоурия, жажда;
- b) резкое снижение АД, нарастающая тахикардия, сменяющаяся брадикардией, одышка;
- c) всё перечисленное.

Этиотропная терапия назначается:

- a) с целью подавления возбудителей;
- b) с целью дезинтоксикации;
- c) для создания активного иммунитета.

Гормональная терапия показана инфекционным больным с:

- a) тиреотоксикозом;
- b) ДВС-синдромом, инфекционно-токсическим шоком;
- c) сахарным диабетом.

При развитии ДВС- синдрома с целью улучшения реологических свойств крови показана в\в введение:

- a) гемодеза;
- b) реополиглюкина;
- c) 0,9% раствора NaCl.

Кровоостанавливающим действием обладает:

- a) гемодез;
- b) этамзилат Na – 12,5% раствора;
- c) 5% глюкоза.

При дегидратационном синдроме при оказании неотложной помощи необходимо начинать с в\в введения:

- a) солевых растворов: «Трисоль», «Хлосоль» и др.

- b) 0,9% раствора NaCl;
- c) плазмы.

Коррекция белкового и азотного обмена при печеночной недостаточности проводится:

- a) растворами аминокислот: гипестерил, альбумине;
- b) введение мочевины;
- c) назначение водно-чайной паузы.

Признаками геморрагического синдрома являются:

- a) экзантема, дегтеобразный стул, рвота «кофейной гущей»;
- b) повышение АД, желтуха, отеки нижних конечностей;
- c) присутствие сахара в моче, жажда и судороги икроножных мышц.

При стенозе гортани больному показано:

- a) ингаляции с эуфиллином, дача увлажненного кислорода, горчичники на икроножные мышцы;
- b) в/в введение 2,4% раствора эуфиллина, преднизолона (до 10 мг/кг), 2,5% пипольфена, а/б широкого спектра действия, при дифтерийном крупе-противодифтерийная сыворотка по Безредко;
- c) 4% раствора соды в/в, дача увлажненного кислорода, а/б.

При развитии ДВС – синдрома на разных стадиях больному показано в/в введение:

- a) свежзамороженной плазмы;
- b) 0,9% раствора NaCl;
- c) гепарина до 5000 ЕД., реополиглюкина.

Оказание неотложной помощи при развитии инфекционно-токсического шока необходимо начать с:

- a) придание телу больного определенного положения (приподняв ножной конец) и в/в введение реополиглюкина и преднизолона;
- b) придание телу возвышенного положения и в/в введение гемодеза;
- c) с в/в введения 4% раствора соды, 5% глюкозы.

При развитии гипертермического синдрома (температура 39<sup>0</sup>С и выше) оказание доврачебной медицинской помощи следует начинать с

- a) дачи парацетамола рег ос в возрастной дозировке;
- b) с физических методов охлаждения, в/м или в/в введения литической смеси: 50% анальгина – 2,0 мл, папаверина 2,5% - 2 мл., пипольфена 2,5% - 1 мл/год жизни.

Одним из признаков отека-набухания головного мозга является:

- a) расстройство сознания с появлением психомоторного возбуждения, судорог;
- b) рвота, диарейный синдром;
- c) полиурия, жажда, одышка.

Неотложная помощь при отеке-набухании головного мозга состоит в:

- a) при поднятии головного конца, прикладывании пузыря со льдом к голове, холод на магистральные сосуды, в/в фуросемид 3-5 мг/кг или оксидбутират натрия 20% - 10 мг (детям 0,1 мл/на год жизни), дача увлажненного кислорода;
- b) при поднятии ножного конца, прикладывании пузыря со льдом к голове, в/в введение реополиглюкина дача увлажнённого кислорода;
- c) борьба с гипертермией, дача увлажнённого кислорода, в/в введение антибиотиков.

При анафилактическом шоке больному показано (отметьте правильную последовательность проведения мероприятия):

- a) прекращение введения аллергена;
- b) проведение противошоковой терапии: реополиглюкин с преднизолоном, 10% CaCl<sub>2</sub>, 0,1 адреналин, 5% Vit C (в возрастной дозировке);
- c) укладывание больного: голову на бок, ножной конец приподнят;
- d) обкалывание место введения 0,1% адреналином, холод на область введения.

При признаках гиповолемического шока (укажите последовательность):

- a) укладывание больного, голову повернув на бок и приподняв ножной конец, физическое согревание;
- b) укрыть – грелки к ногам;
- c) в/в введение солевых растворов, подогретых до температуры 38<sup>0</sup>С: «Трисоль», «Хлосоль», «Квартасоль» со скоростью 90-120 мл в минуту (при 2, 3 степени обезвоженности);
- d) в/в введение антибиотиков больным из группы риска;
- e) дача увлажненного кислорода.

В основе развития анафилактического шока лежит:

- a) бронхоспазм, вызывающий дыхательную недостаточность;
- b) массивный выброс биологически активных веществ;
- c) кислородная недостаточность.

В патогенезе острой печёночной недостаточности лежит:

- a) нарушение синтетической функции печени;
- b) сильный тип реагирования на инфекцию;
- c) все перечисленное.

Одним из ранних признаков развития печёночной недостаточности является:

- a) появление запаха «сырой печени»;
- b) снижение протромбинового индекса;
- c) нарушение сознания в виде комы.

К неспецифической дезинтоксикации относится:

- a) ежедневные промывания желудка через назогастральный зонд, высокие сифонные клизмы, дача энтеросорбентов;
- b) гипербарическая оксигенация;
- c) всё перечисленное.

В результате непосредственного первичного поражения нефронов и эндотелия почечных канальцев развивается:

- a) прerenальная острая почечная недостаточность;
- b) ренальная ОПН;
- c) субренальная ОПН.

Олигоурическая стадия ОПН характеризуется:

- a) олиго-анурией (менее 500 мл в сутки-до 50 мл в сутки);
- b) снижением относительной плотности мочи с повышением количества белка, эритроцитов, лейкоцитов и цилиндров;
- c) всё выше перечисленное.

Основные проявления отека Квинке:

- a) потеря сознания, повышение АД;
- b) отеки на лице по утрам, нарушение мочеиспускания;
- c) отеки нижних конечностей, боли в области сердца;
- d) отеки на лице, затруднение дыхания, осиплость голоса.

При лечении отека гортани применяют:

- a) валидол, корвалол;
- b) преднизолон, лазикс;
- c) клофелин, дибазол;
- d) антибиотики, сульфаниламиды.

Анафилактический шок чаще наступает при введении больному:

- a) вакцин, сывороток;
- b) сердечно-сосудистых препаратов;
- c) мочегонных;
- d) периферических вазодилататоров.

Резкое падение АД наблюдается при:

- a) анафилактическом шоке;
- b) крапивнице;
- c) отеке Квинке;
- d) аллергическом дерматите.

Неотложная помощь при анафилактическом шоке состоит в введении:

- a) строфантина, анальгина;
- b) дибазола, лазикса;
- c) адреналина, преднизолона, супрастина;
- d) морфина, гепарина.

Неотложная помощь при легочном кровотечении начинается с введения:

- a) дицинона, аминокaproновой кислоты;
- b) гепарина, ацетилсалициловой кислоты;
- c) димедрола, супрастина;

d) анальгина, баралгина.

В оказание неотложное помощи при коллапсе входят назначения:

- a) лазикса;
- b) папаверина;
- c) нитроглицерина;
- d) преднизолона.

Пенегасители применяются при:

- a) отеке легких;
- b) отеках нижних конечностей;
- c) отеке Квинке;
- d) отеке мягких тканей при укусах пчел.

В неотложную помощь при желудочном кровотечении входит назначение:

- a) гепарина, аспирин;
- b) преднизолона, гидрокортизона;
- c) этамзилата натрия, аминокaproновой кислоты;
- d) папаверина, дибазола.

Неотложная помощь при печеночной колике состоит в введении:

- a) атропина, баралгина;
- b) дибазола, лазикса;
- c) димедрола, супрастина;
- d) гепарина, аспирин.

В оказание неотложной помощи при почечной колике входит назначение:

- a) баралгина, но-шпы;
- b) тавегила, супрастина;
- c) дибазола, папаверина;
- d) гепарина, аспирин.

Кровь при кишечном кровотечении:

- a) алая, пеннистая, выделяется при кашле;
- b) цвета «кофейной гущи», выделяется при рвоте;
- c) со сгустками и примесью пищи, выделяется при рвоте;
- d) алая, выделяется через нос при сморкании.

Боли опоясывающего характера, тошнота, рвота с примесью желчи — характерные признаки:

- a) острого холецистита;
- b) острого панкреатита;
- c) острого гастрита;
- d) острого энтероколита.

Боли в правом подреберье, тошнота, рвота, положительные симптомы Орннера, Керра характерны для:

- a) острого панкреатита;
- b) острого холецистита;
- c) острого гастрита;
- d) острого энтероколита.

Признаками острой непроходимости кишечника являются:

- a) боли в животе, рвота желчью и каловым содержимым, неотхождение газов;
- b) боли в животе, частый жидкий стул, тошнота, рвота;
- c) боли в животе опоясывающего характера, тошнота, рвота;
- d) острые, «кинжальные» боли в животе слабость, холодный пот.

Острые, «кинжальные» боли в эпигастрии, слабость, падение АД — характерные признаки:

- a) острого аппендицита;
- b) острой непроходимости кишечника;
- c) острого панкреатита;
- d) язвенной болезни желудка, осложненного прободением.

Такие симптомы, как выраженная слабость, головокружение, падение АД, рвота «кофейной гущей», дегтеобразный стул характерны для:

- a) желудочного кровотечения;
- b) легочного кровотечения;
- c) кровохарканья;
- d) маточного кровотечения.

В клинике почечной колики выделяют следующие симптомы:

- a) боль в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, ключицу;
- b) боль в левом подреберье «опоясывающего» характера;
- c) боль по всему животу с локализацией в правом паху;
- d) боль в пояснице с иррадиацией в пах и половые органы.

При печеночной колике развивается желтуха:

- a) подпеченочная (механическая);
- b) надпеченочная (гемолитическая);
- c) печеночная;
- d) физиологическая.

Для какого заболевания гортани характерен лающий кашель?

- a) дифтерии гортани;
- b) стенозирующего ларингита;
- c) опухоли гортани;
- d) атрофического ларингита.

Отсутствие сознания, снижение АД менее 60 мм рт.ст., учащение пульса до 140 уд./мин, слабого наполнения и напряжения, заострившиеся черты лица, величина кровопотери до 50% ОЦК – клиника:

- a) шока первой степени;

- b) коллапса;
- c) шока третьей степени;
- d) обморока.

Отсутствие сознания, прекращение дыхания, отсутствие пульса на сонных артериях, расширение зрачков, при аускультации – отсутствие тонов сердца - признаки:

- a) А) клинической смерти;
- b) Б) биологической смерти;
- c) В) жизни;
- d) Г) ни один из них.

Возникновение приступа кратковременной потери сознания, чаще в молодом возрасте, снижение артериального давления, бледность кожных покровов—характерные признаки:

- a) А) коллапса;
- b) Б) обморока;
- c) В) истерического припадка;
- d) Г) эпилептического припадка.

Во время транспортировки пострадавшего в бессознательном состоянии необходимо:

- a) А) уложить на бок;
- b) Б) уложить на спину с запрокинутой головой;
- c) В) уложить на спину с высоко приподнятым головным концом;
- d) Г) уложить на спину с приподнятым ножным концом.

При оказании реанимационного пособия одним реанимирующим соотношение вдохов и компрессий грудной клетки должно составлять:

- a) 1 вдох рот в рот и 15 компрессий грудной клетки;
- b) 2 вдоха и 30 компрессий грудной клетки;
- c) 2 вдоха и 15 компрессий грудной клетки;
- d) 1 вдох и 5 компрессий грудной клетки.



Технологическая карта дисциплины «Инфекционные болезни»

Курс 3, семестр 5, ЗЕ-3, отчетность-зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум (баллы)	Зачетный максимум (баллы)	График контроля
<b>Модуль 1</b>					
Бактериальные инфекции.	Текущий	Тестирование.	10	18	
	Рубежный	Контрольная работа.	4	6	
<b>Модуль 2</b>					
Вирусные инфекции.	Текущий	Тестирование.	10	18	
	Рубежный	Контрольная работа	3	5	
<b>Модуль 3</b>					
Протозоозы, гельминтозы и риккетсиозы.	Текущий	Тестирование.	10	18	
	Рубежный	Контрольная работа	3	5	
<b>Всего за семестр</b>			40	70	
<b>Промежуточный контроль (Зачет)</b>	Разбор типовых и ситуационных задач, Контроль работы у постели больного (разбор и обсуждение), Контроль освоения практических умений, Реферативные сообщения.		20	30	
<b>Семестровый рейтинг по дисциплине</b>			60	100	

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ, КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ  
(рубежный, промежуточный контроли)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
4	Вопрос 4	0-100
Всего баллов		Среднее арифм. (сумма баллов/4)

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

«менее 60%»

- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА

(текущий контроль)

1. В одном тестовом задании 10 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании нужно выбрать только один правильный ответ.
4. За каждый правильно ответ – 10 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка (в %).