

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

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет
имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина



Инфекционные болезни, фтизиатрия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой	Инфекционных болезней
Учебный план	31050350_19_45ед.plx Специальность 31.05.03 - РФ, 560004 - КР Стоматология
Квалификация	специалист
Форма обучения	очная
Общая трудоемкость	3 ЗЕТ
Часов по учебному плану	108
в том числе:	
аудиторные занятия	72
самостоятельная работа	35,7

Виды контроля в семестрах:
зачеты с оценкой 7

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	7 (4.1)		Итого	
	Неделя		Итого	
Вид занятий	уп	рп	уп	рп
Лекции	18	18	18	18
Практические	54	54	54	54
Контактная работа в период теоретического обучения	0,3	0,3	0,3	0,3
В том числе инт.	4	4	4	4
Итого ауд.	72	72	72	72
Контактная работа	72,3	72,3	72,3	72,3
Сам. работа	35,7	35,7	35,7	35,7
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

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



Рецензент(ы):

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



Рабочая программа дисциплины

Инфекционные болезни, фтизиатрия

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016 г. № 96)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.05.03 - РФ, 560004 - КР Стоматология

утвержденного учёным советом вуза от 27.06.2023 протокол №11.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Инфекционных болезней


Протокол от 04/08-2023 г. № 10

Срок действия программы: 2019 - 2024 уч.г.

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

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС


4 сентября 2019 г. 

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

Протокол от 29 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 г. 

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

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

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС


9 сентября 2021 г. 

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

Протокол от 01 сентября 2021 г. № 1
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

10 сентября 2022 г. 

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

Протокол от 12 сентября 2022 г. № 1
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

18 сентября 2023 г.



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

Протокол от 1 сентября 2023 г. № 1
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2024 г.

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

Протокол от _____ 2024 г. № _____
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2025 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2025-2026 учебном году на заседании кафедры **Инфекционных болезней**

Протокол от _____ 2025 г. № _____
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2026 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2026-2027 учебном году на заседании кафедры **Инфекционных болезней**

Протокол от _____ 2026 г. № _____
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Формирование знаний умений и практических навыков, необходимых для ранней диагностики инфекционных заболеваний, проведения комплекса лечебных и профилактических мероприятий, диагностики неотложных состояний на до- и госпитальном этапах оказания медицинской помощи.
-----	--

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Эпидемиология
2.1.2	Микробиология, вирусология - микробиология полости рта
2.1.3	Пропедевтика
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Дерматовенерология
2.2.2	Педиатрия

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-5: готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания

Знать:

Уровень 1	Особенности сбора жалоб и анамнеза у инфекционных больных. Методику обследования инфекционного больного. Основные клинические симптомы и синдромы часто встречающихся у инфекционного больного. Дополнительные методы диагностики часто встречающихся в инфектологии и фтизиатрии.
Уровень 2	Факторы риска возникновения стоматологических заболеваний у инфекционных больных. Этиопатогенез, клинику и диагностику часто встречающихся инфекционных заболеваний.
Уровень 3	Синдромальную диагностику поражений различных систем у инфекционных больных. Показания и противопоказания к проведению дополнительных методов исследований.

Уметь:

Уровень 1	Собирать жалобы, анамнез у инфекционных больных. Проводить общеклинический осмотр с оценкой статуса инфекционного больного.
Уровень 2	Определять различные симптомы при инфекционных заболеваниях, определять показания и противопоказания для стандартных методов исследования.
Уровень 3	Определять различные синдромы при инфекционных заболеваниях, определять показания и противопоказания для дополнительных методов исследования.

Владеть:

Уровень 1	Навыками сбора жалоб и анамнеза. Методикой осмотра инфекционного и фтизиатрического больного.
Уровень 2	Навыками постановки предварительного диагноза у инфекционного и фтизиатрического больного.
Уровень 3	Навыками назначения стандартных и дополнительных методов исследования инфекционного и фтизиатрического больного.

ПК-6: способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра

Знать:

Уровень 1	Основные методы исследований патологических состояний, симптомов и синдромов различных нозологических форм.
Уровень 2	Специфику выявления различных видов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ-10
Уровень 3	Основные синдромы поражения органов и систем и их специфику при различных нозологических формах в соответствии с МКБ-10

Уметь:

Уровень 1	Интерпретировать полученные результаты исследования различных нозологических форм.
Уровень 2	Анализировать различные виды патологических состояний, симптомов, синдромов при различных нозологических формах в соответствии с МКБ-10.
Уровень 3	Дифференцировать симптомы и синдромы при схожих патологических состояниях.

Владеть:

Уровень 1	Методами общеклинического обследования (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
-----------	--

Уровень 2	Навыками выявления различных симптомов, синдромов и патологических состояний при различных нозологических форм в соответствии с МКБ-10
Уровень 3	Навыками обоснования клинического диагноза в соответствии с МКБ-10

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Структуру инфекционной службы, принципы устройства, организацию работы инфекционных больниц, отделений, боксов;
3.1.2	Основные вопросы патогенеза инфекционных болезней;
3.1.3	Основные клинические проявления (симптомы, синдромы) изученных инфекционных болезней;
3.1.4	Основные методы лабораторной и инструментальной диагностики, применяемые в инфектологии (показания к применению, теоретические основы метода, трактовка результатов);
3.1.5	Правила забора патологических материалов от инфекционного больного;
3.1.6	Основные принципы лечения инфекционных болезней;
3.1.7	Показания к госпитализации инфекционного больного;
3.1.8	Специфическую и неспецифическую профилактику изученных инфекционных болезней.
3.2	Уметь:
3.2.1	Собрать анамнез болезни и жизни(в том числе эпидемиологический анамнез)у инфекционного больного;
3.2.2	Составить алгоритм диагностического поиска, план лабораторного и инструментального обследования;
3.2.3	Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования больного;
3.2.4	Выделять ведущие клинические и клинико-лабораторные синдромы;
3.2.5	Проводить дифференциальный диагноз между различными болезнями со схожей клинической симптоматикой;
3.2.6	Оценивать тяжесть течения инфекционной болезни;
3.2.7	Прогнозировать течение и исход инфекционной болезни;
3.2.8	Диагностировать неотложные состояния у инфекционных больных, а также определять дальнейшую медицинскую тактику при угрожающих состояниях;
3.2.9	Формулировать диагноз в соответствии с требованиями МКБ-10.
3.3	Владеть:
3.3.1	Методами обследования инфекционного больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
3.3.2	Навыками дифференциальной диагностики симптомов и синдромов, характерных для инфекционных болезней;
3.3.3	Навыками оказания комплекса лечебных и профилактических мероприятий на до- и госпитальном этапах;
3.3.4	Навыками оказания неотложной (экстренную) и первой врачебной помощи при инфекционной патологии;

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Пр. подг.	Примечание
	Раздел 1. Кишечные инфекции. Вирусные гепатиты. Острые респираторные инфекции.							
1.1	Острые кишечные инфекции, основы классифицирования, клинической и лабораторной диагностики /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
1.2	Введение в специальность. Классификация инфекционных заболеваний. /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PBL
1.3	Дизентерия. Сальмонеллез /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PBL
1.4	Пищевые токсикоинфекции. Ботулизм. /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	2		техника введения противоботулинической и других сывороток.

1.5	Вирусные гепатиты с фекально-оральным механизмом передачи /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
1.6	Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
1.7	Неотложные синдромы при ОРИ (нейротоксикоз, круп, обструктивный синдром), диагностика, неотложная помощь /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
1.8	Вирусные гепатиты А, Е. /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PBL
1.9	Вирусные гепатиты В, Д, С. /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PBL
1.10	Грипп и другие ОРИ, лечение, профилактика (парагрипп, аденовирусная инфекция, RS-инфекция, коклюш) /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PBL
1.11	Дифференциальная диагностика ОКИ /Ср/	7	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PjBL
1.12	Дифференциальная диагностика ОРИ /Ср/	7	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PjBL
1.13	Дифференциальная диагностика желтух /Ср/	7	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PjBL
	Раздел 2. Воздушно-капельные и особо опасные инфекции.							
2.1	Экзантемы у детей и взрослых /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
2.2	Особо опасные инфекции /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
2.3	Скарлатина. Рожа. /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PBL
2.4	Корь. Краснуха. /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PBL
2.5	Герпетические инфекции (ветряная оспа, опоясывающий герпес, простой герпес, ЭБВИ) /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PBL
2.6	Дифтерия дыхательных путей и других локализаций. Паротитная инфекция. /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PBL
2.7	Менингококковая инфекция. /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PBL
2.8	Сибирская язва. Чума. /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	2		техника использования индивидуальных средств защиты (СИЗ)

2.9	Дифференциальная диагностика экзантем. /Ср/	7	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PjBL
2.10	Полиомиелит. /Ср/	7	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PjBL
2.11	Вакцинопрофилактика, поствакцинальные осложнения. /Ср/	7	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PjBL
	Раздел 3. Фтизиатрия							
3.1	Этиология, эпидемиология, патогенез туберкулеза. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
3.2	Классификация и клинические проявления туберкулеза /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
3.3	Диагностика, лечение и профилактика туберкулеза, программа DOTS. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
3.4	Этиология, эпидемиология, патогенез туберкулеза. /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			PBL
3.5	Туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Первичный туберкулезный комплекс (ПТК). ТБ внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ). Течение и лечение. Осложнения первичного ТБ. /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
3.6	Туберкулез легких. Острый, подострый и хронический диссеминированный туберкулез легких. Милиарный туберкулез /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
3.7	Вторичный туберкулез. Очаговый туберкулез. Туберкулома легких. Казеозная пневмония. Инфильтративный ТБ легких. /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
3.8	Внелегочные формы туберкулеза. /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
3.9	Диагностика, лечение и профилактика туберкулеза. Общие принципы и методы химиотерапии больных ТБ, лечение по стратегии DOTS и DOTS плюс /Пр/	7	3	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
3.10	Распространенность, формы и особенности клинического течения резистентного ТБ. МЛУ-ТБ. /Ср/	7	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
3.11	Особенности диагностики и течения ТБ у ВИЧ - инфицированных лиц. Лечение ко-инфекции. /Ср/	7	3,7	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
3.12	Туберкулез и материнство. /Ср/	7	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			
3.13	/КрТО/	7	0,3	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.2 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6			

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**5.1. Контрольные вопросы и задания**

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ в Приложениях 1 и 2.
Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ в приложениях 3 и 4.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Курсовые работы не предусмотрены учебным планом

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕСТ. (Текущий контроль) Перечень тестовых вопросов согласно тематике разделов - в ПРИЛОЖЕНИИ 2.
Примеры тестовых заданий:

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.

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, «комочек» 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;
- c) судорожным синдромом;
- d) нарушением чувствительности.

При ботулизме поражение нервной системы характеризуется:

- a) выраженным менингеальным синдромом;
- b) поражением 9 и 12 пары черепных нервов;
- c) психомоторным возбуждением;
- d) мозжечковыми расстройствами;
- e) расстройствами сознания.

Ботулизму не свойственны:

- a) мышечная слабость;
- b) нечеткость зрения;
- c) сухость во рту;
- d) боли в мышцах, суставах;
- e) парез кишечника.

Для ботулизма не характерен синдром:

- a) офтальмоплегический;
- b) глоссофарингеальноплегический;
- c) мионейроплегический;
- d) менингеальный;
- e) острой дыхательной недостаточности.

При ботулизме не наблюдается:

- a) «сетка» перед глазами;
- b) анизокория;
- c) миоз;
- d) стробизм;
- e) птоз.

Для специфической диагностики ботулизма применяют:

- a) бактериологическое исследование крови;
- b) копрологическое исследование;
- c) реакцию нейтрализации токсина на мышах;
- d) исследование цереброспинальной жидкости;
- e) реакцию непрямой гемагглютинации.

Специфическим средством лечения ботулизма является:

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

Для раневого ботулизма характерны все синдромы, кроме:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (Текущий и промежуточный контроль)

Задачи согласно тематике раздела, в ПРИЛОЖЕНИИ 3.

Пример клинической ситуационной задачи для раздела 1:

Задача №1

Больной А., 40 лет. Обратился к врачу скорой помощи 8.09. с жалобами на постоянную умеренную боль в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38,6°C. Из анамнеза известно, что за 2 недели до болезни возвратился из Жалалабадской области. Впервые почувствовал недомогание 21.08.: 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, был плохой аппетит. 27-28.08. проявления заболевания исчезли, прекратил принимать ампициллин. В ночь с 7 на 8.09. вновь повысилась температура, появились боли в животе (преимущественно справа), тошнота, была однократная рвота. Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, сухая, на животе имеются несколько розовых «пятен». Язык обложен густым серым налетом, суховат. Живот вздут, умеренно болезненный в илеоцекальной области. Там же определяется небольшое напряжение мышц, нерезко выраженный симптом Щеткина. С диагнозом «острый аппендицит» доставлен в стационар, прооперирован. Червеобразный отросток умеренно гиперемирован, отечен. При ревизии брюшной полости замечено значительное увеличение мезентеральных узлов, один из них удален для гистологического исследования. В дистальном отделе подвздошной кишки обнаружены просвечивающие сквозь кишечную стенку язвы. Анализ крови: Нв-126г/л, лейкоциты-6,1*10⁹/л, п/я-8%, с/я-51%, лимф.-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.

Эталон ответа к задаче №1:

1. Нет.
2. У больного диагноз Брюшной тиф, типичный, тяжелое течение (третья неделя заболевания, морфологически - период образования язв).
- 3.План обследования:
 - a) Гемокультура;
 - b) Уринокультура;
 - c) Кoproкультура;
 - d) Реакция Видаля.

Лечение:

- a) Госпитализация; постельный режим весь лихорадочный период, плюс 10 дней нормальной температуры.
- b) Диета №4 а, пить до 2,5 литров в сутки.
- c) Ампициллин по 0,5г 4 раза в сутки внутрь, весь лихорадочный период и 10 дней нормальной температуры.
- d) Дезинтоксикационная инфузионная терапия.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ (Промежуточный контроль)

Лабораторные данные (ИФА, клинические и биохимические анализы крови, мочи, кала, ликвора) согласно разделам в ПРИЛОЖЕНИИ 4.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО (Текущий контроль)

1. Каждый студент получает на курацию одного больного с инфекционной патологией.
2. Куратор проводит опрос и осмотр больного по предлагаемой схеме, изучает результаты имеющихся лабораторных данных, снимков, выставляет предварительный диагноз, проводит дифференциальную диагностику, предлагает схему лечения, дополнительные методы обследования.

Схема курации:

1. Паспортная часть: Фамилия, имя, отчество, возраст, семейное положение, образование, профессия, место работы, адрес, время и дата поступления, диагноз при поступлении.
2. Жалобы, относящиеся к заболеванию, послужившему причиной госпитализации, затем другие жалобы.
3. Анамнез заболевания, эпидемиологический анамнез, анамнез жизни.
4. Объективные данные, характеристика общего состояния.
5. Интерпретация имеющихся лабораторных данных и снимков.

СРС: ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (Текущий контроль)

Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела

Тематика докладов:

1. Острые кишечные инфекции, вызванные условно-патогенными энтеробактериями. Вирусные диареи.
2. Токсический синдром и синдром обезвоживания при острых кишечных инфекциях у детей.
3. Принципы лечения ОКИ (оральная регидратация, инфузионная терапия, этиотропное лечение и т.д.).
4. Лейшманиоз, этиология, эпидемиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
5. Болезнь Лайма, этиология, эпидемиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
6. Натуральная оспа, этиология, эпидемиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
7. Лепра, этиология, эпидемиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
8. Геморрагические лихорадки: Эбола, Денге, Марбург, Желтая лихорадка, Ласса.
9. Энцефалиты (первичные и вторичные), диагностика, лечение.
10. Легионеллез, этиология, эпидемиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
11. Вакцинопрофилактика, национальный календарь прививок, поствакцинальные осложнения.
12. Фелиноз, этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
13. Эризипеллоид, этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
14. Ящур, этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
15. Содоку, этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
16. Балантидиаз, этиология, эпидемиология, клиника, диагностика и лечение.
17. Криптоспоридиоз, этиология, эпидемиология, клиника, диагностика и лечение.
18. Шистосомоз, этиология, эпидемиология, клиника, диагностика и лечение.
19. Дифференциальная диагностика желтух.
20. Дифференциальная диагностика экзантем.

СРС: ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ (Текущий контроль)

Студент самостоятельно пишет историю болезни инфекционного больного согласно схеме, представленной в ПРИЛОЖЕНИИ 5.

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ (промежуточный контроль)

Перечень теоретических вопросов из п.5.1. согласно тематике раздела.

КОНТРОЛЬНЫЕ РАБОТЫ (рубежный контроль)

Студенты пишут контрольную работу по завершении каждого раздела.

Контрольная работа №1.**Билет №1**

1. Диагностика ВГС.
2. Клиника бронхообструктивного синдрома.
3. Лечение ботулизма.
4. Профилактика гриппа.

Билет №2

1. Маркеры выздоровления при ВГВ.
2. Клиника нейротоксикоза, лечение.
3. Лечение коклюша.
4. Этиология и эпидемиология дизентерии.

Билет №3

1. Эпидемиология парентеральных гепатитов.
2. Клиника типичной формы дизентерии.
3. Синдром крупа, лечение.
4. Этиология и эпидемиология сальмонеллеза.

Билет №4

1. Особенности вируса гепатита С.
2. Осложнения гриппа.
3. Лечение типичной формы дизентерии.
4. Этиология и эпидемиология ботулизма.

Билет №5

1. Лечение ПТИ.
2. Аденовирусная инфекция, классификация.
3. Патогенез ботулизма.
4. Клиника преджелтушного периода при ВГА.

Билет №6

1. Клиника ВГД (ко-инфекция).
2. Коклюш клиника типичной формы.
3. Классификация дизентерии.
4. Введение противоботулинической сыворотки по методу Безредко.

Билет №7

1. Профилактика ВГВ.
2. Клиника пищевого ботулизма.
3. Коклюш. Этиология, эпидемиология, клиника.
4. Лечение ОСЛТ Ист.

Билет №8

1. Базисная терапия при вирусных гепатитах.
2. Клиника атипичной формы дизентерии.
3. Классификация ботулизма.
4. РС-вирусная инфекция, этиология, эпидемиология, клиника, лечение.

Билет №9

1. Маркеры острого ВГВ
2. Клиника типичной формы гриппа.
3. Классификация клинических форм аденовирусной инфекции.
4. Лечение ПТИ.

Билет №10

1. Классификация ВГА.
2. Клинико-эпидемиологическая характеристика ПТИ.
3. Синдром крупа при ОРВИ (ОСЛТ), клиника, лечение.
4. Лечение сальмонеллеза.

Билет №11

1. Лечение гепатита С.
2. Глазные симптомы при ботулизме.
3. Лечение гриппа (этиотропное и патогенетическое, симптоматическая терапия).
4. Клиника колитного синдрома при дизентерии.

Билет №12

1. Классификация сальмонеллеза.
2. Строение вируса гепатита В.
3. Профилактика ПТИ.
4. Клиника типичной формы гриппа.

Билет №13

1. Клиника гастроинтестинальной формы сальмонеллеза.
2. Строение вируса гриппа А, эпидемиология.
3. Лечение коклюша.
4. Эпидемиология ВГА.

Контрольная работа №2.

Билет №1

1. Этиология и эпидемиология чумы.
2. Клиника менингококкового менингита.
3. Осложнения скарлатины.
4. Лечение первичной рожи.

Билет №2

1. Этиология и эпидемиология рожи.
2. Клиника легочной и кишечной форм сибирской язвы.
3. Лечение скарлатины
4. Осложнения ветряной оспы.

Билет №3

1. Клиника бубонной формы чумы
2. Этиология и эпидемиология дифтерии.
3. Диагностика менингококцемии.
4. Клиника приобретённой краснухи.

Билет №4

1. Клинические проявления кожной формы чумы.
2. Классификация паротитной инфекции.
3. Лечение локализованной формы дифтерии ротоглотки.
4. Диагностика менингококкового назофарингита.

Билет №5

1. Клинические проявления типичной ветряной оспы.
2. Диагностика сибирской язвы.
3. Лечение менингококкового менингита.
4. Осложнения скарлатины.

Билет №6

1. Клинические проявления врожденной краснухи.
2. Лечение сибирской язвы.
3. Диагностика инфекционного мононуклеоза.
4. Классификация менингококковой инфекции.

Билет №7

1. Клиника первично-септической формы чумы.
2. Профилактика кори и краснухи.
3. Диагностика паротитной инфекции.
4. Опоясывающий герпес, этиология, клиника.

Билет №8

1. Диагностика чумы.
2. Этиология и эпидемиология дифтерии.
3. Классификация клинических форм паротитной инфекции.
4. Лечение менингококкового назофарингита.

Билет №9

1. Принципы лечения больных чумой.
2. Осложнения токсической формы дифтерии.
3. Этиология, эпидемиология скарлатины, диагностика.
4. Профилактика паротитной инфекции.

Билет №10

1. Профилактика чумы.
2. Клиника приобретенной краснухи.
3. Лечение паротитной инфекции.
4. Лечение менингококкового сепсиса.

Билет №11

1. Клиника кожной формы сибирской язвы.
2. Принципы лечения скарлатины.
3. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная диагностика кори.
4. Диагностика мононуклеоза

Билет №12

1. Этиология и эпидемиология сибирской язвы.
2. Клиника скарлатины.
3. Диагностика локализованных форм дифтерии ротоглотки.
4. Лечение носительства менингококка.

Контрольная работа №3.

Билет №1

1. Клиническая классификация туберкулеза.
2. Основные патогенные свойства возбудителя туберкулеза.
3. Методы рентгенологического обследования органов дыхания больных туберкулезом.

Билет №2

1. Возбудитель туберкулеза, его основные свойства.
2. Основные объективные и клинические признаки, присущие первичному туберкулезу
3. Клинико-рентгенологические фазы ПТК.

Билет №3

1. Санитарная профилактика туберкулеза.
2. Методы раннего выявления туберкулеза у детей и подростков.
3. Особенности диагностики и течения менингита у детей и взрослых.

Билет №4

1. Причины формирования и морфологические признаки деструктивных форм туберкулеза легких.
2. Общие принципы и методы химиотерапии больных ТБ.
3. Выраж туберкулиновых реакций и его характерные особенности.

Билет №5

1. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Клинические признаки, течение, лечение и исходы.
2. Осложнения первичного туберкулеза органов дыхания, их диагностика и лечение
3. Классификация туберкулеза по ВОЗ с эпидемиологических позиций.

Билет №6

1. 5 принципов стратегии «DOTS». Стратегия «Остановить туберкулез».
2. Диагностика, клиника и лечение диссеминированного туберкулеза легких.
3. Возбудитель туберкулеза, его основные свойства.

Билет №7

1. Принципы и сроки лечения больных ТБ, в соответствии со стратегией «DOTS».
2. Эпидемиологическое значение раннего выявления туберкулеза. Информативность рентгенологического исследования для диагностики туберкулеза.
3. Инфильтративный и туморозный бронхоаденит, диагностика, течение и лечение.

Билет №8

1. Организация выявления больных туберкулезом по стратегии DOTS в мире и в КР.
2. КТ, ЯМР-томографии в диагностике туберкулеза.
3. Особенности клинико-рентгенологических проявлений милиарного туберкулеза легких.

Билет №9

1. Контингенты населения среди взрослых, подлежащие обязательному ежегодному профилактическому обследованию методом флюорографии.
2. Клиника диссеминированного туберкулеза легких.
3. Источники и пути передачи туберкулезной инфекции среди людей и животных.

Билет №10

1. Особенности диагностики и клинического течения туберкулеза у ВИЧ инфицированных лиц
2. Клинико-рентгенологические формы ТВГЛУ.
3. Осложнения туберкулезного менингита, их лечение.

Билет №11

1. Общие принципы и методы химиотерапии больных ТБ.
2. Типы микобактерий туберкулеза, формы изменчивости.
3. Клинико-рентгенологические фазы ПТК.

Билет №12

1. Туберкулез и материнство. Клиника, диагностика и особенности лечения туберкулеза у беременных.
2. Особенности клинических проявлений, диагностика, казеозной пневмонии.
3. Распространенность туберкулеза в мире и Кыргызской Республике.

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тест
 Ситуационная задача
 Интерпретация лабораторных данных
 СРС: Доклад с презентацией
 Курация больного
 Теоретическое задание
 Контрольная работа
 СРС: История болезни

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**6.1. Рекомендуемая литература****6.1.1. Основная литература**

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Цогт Г., Чубаков Т., Кадыров А.	Фтизиатрия: учебник для вузов	Б.: ИП "Побединская Наталья Васильевна" (KIRLand Print) 2017
Л1.2	Змушко Е.И., Шувалова Е.П., Беляева Т.В., Белозеров Е.С.	Инфекционные болезни: учебник	СПб.: СпецЛит 2015

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я.	Инфекционные болезни: учебник	М.: ГЭОТАР - Медиа 2009,
Л2.2	Радченко Е.А., Мамбетова А.И., Куватова Д.О., Алымбаева Д.Б.	Острые кишечные инфекции: учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КPCУ 2016
Л2.3	Абдикеримов М.М., Айткулуев Н.С., Алымбаева Д.Б.	Вирусные гепатиты: учебное пособие	Бишкек: Изд-во КPCУ 2017

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Вестник инфектологии и паразитологии	http://www.infectology.ru
Э2	Детские инфекции	http://www.detinf.ru/journal/
Э3	Эпидемиология и инфекционные болезни	http://www.epidemiology-journal.ru
Э4	Информационный портал об инфекциях и антимикробных препаратах	http://www.antibiotic.ru
Э5	Национальное научное общество инфекционистов	www.nnoi.ru
Э6	Ассоциация педиатров-инфекционистов России	http://www.detinf.ru/assoc.htm

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий**6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии**

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии: лекции, практические занятия, ориентированные на сообщение студентам знаний и способов действий. Передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для усвоения. 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, занятия в симуляционном центре.	
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии: самостоятельное использование студентами Интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, ознакомление с фото и видео материалами интернет-источников по соответствующему разделу.	

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	Электронная библиотека КPCУ www.lib.krsu.kg
6.3.2.2	Электронная библиотека студента «Консультант студента» www.studmedlib.ru
6.3.2.3	Использование слайд-презентаций при проведении лекционных и практических занятий.
6.3.2.4	Медвестник bz.medvestnik.ru
6.3.2.5	МедУнивер https://meduniver.com

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	Теоретическое и практическое изучение программы 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 ноутбук, МФУ (принтер, сканер, ксерокс), выход в интернет, телефон, фотоаппарат.
7.4	Наглядные пособия: учебные стенды, учебные таблицы, видеофильмы, учебные истории болезни.
7.5	Презентации лекций по всем темам лекционного курса (Power Point)
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 студентов в симуляционный центр – Центр интегративного и практического обучения КРСУ, оборудованный тренажерами, манекенами-имитаторами, реанимационным оборудованием и т.д.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
<p>Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 6.</p> <p>МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы 2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля. 3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (5 семестр - зачет, 6 семестр - экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей. <p>ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ</p> <p>При явке на экзамены и зачеты студенты обязаны иметь при себе зачетные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачет без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать), правильно выполнить ситуационную задачу и интерпретировать лабораторные данные(уметь, владеть).</p> <p>Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации больного студентами в течении семестра.</p> <p>Оценка промежуточного контроля:</p> <ul style="list-style-type: none"> - min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия) - 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению) - 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания) <p>ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.</p> <p>I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Организационный этап занятия (время – до 2%): <ol style="list-style-type: none"> а) перекличка; б) задание на дом следующей темы; в) мотивация темы данного практического занятия; г) ознакомление студентов с целями и планом занятия; 2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%): <ol style="list-style-type: none"> а) варианты тестового контроля I и III уровня; б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов; 3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время – до 15%); 4) Этап самостоятельной работы студентов у постели больного (время – до 45%); 5) Заключительный этап занятия (время – до 18%): <ol style="list-style-type: none"> а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач; в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут.

Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю.

Подготовка к практическому занятию – 2 час.

Всего в неделю – 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф, какие новые понятия введены, каков их смысл, что даст это на практике?

5. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

6. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.).

Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отработывается в обязательном порядке дежурством в приемном отделении РКИБ, затем отработка теоретической части занятия проводится по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Занятия пропущенные по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отработываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме.

- Для студентов, пропустивших практические занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.

Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?

- что будет на слайде?

- что будет говориться?

- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Слайды должны быть выдержаны в едином стиле, одним шрифтом, пронумерованы.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространенная ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основным шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА.

При решении ситуационной задачи надо обращать внимание на пол, возраст, место проживания больного и профессию.

Выделить синдромы в клинической симптоматике, выявить причинные факторы, факторы из жизни, способствующие развитию данного заболевания. Объективные признаки. Результаты лабораторно-инструментального обследования.

Используя знания по квалификации болезни и критериев диагноза необходимо решить первый вопрос: выставить диагноз, согласно классификации. Исходя из вышесказанного, необходимо составить план обследования с ожидаемыми результатами. После чего решить окончательный вопрос: назначения лечения, с учетом доз и курса лечения.

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 тяжести. 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°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? У больного установлены такие показатели КОС: рН -7,32; PCO₂ - 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. Быстрого 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 «Квартасоль» 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 500 мг в/в капельно 2 раза в сутки в течение 5 дней или доксицилин 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.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО

Курация проводится по схеме, указанной в п.5.3.

В процессе курации студент должен овладеть следующими практическими навыками:

1. целенаправленно собрать анамнез жизни и заболевания, акцентируя внимание на эпиданамнезе.

2. провести объективный осмотр больного и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой (ЧСС, ЧД, АД и др.)

3. выделить ведущие клинические синдромы.

4. Оценить имеющиеся лабораторные данные (общий анализ крови, время кровотечения и свертывания, протромбиновый индекс, общий билирубин и его фракции, АСТ/АЛТ, общий белок, альбумин крови, остаточный азот, мочевины, креатинин, общий анализ мочи, ликвор, бактериологические посевы и серологические реакции, а также Rg-графию органов грудной клетки и др.).

5. составить план дополнительного лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза;

6. сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь классификацией болезни;

7. назначить адекватную оральную и инфузионную терапию, рассчитать объем вводимых растворов, назначить адекватную этиотропную терапию, определить разовые, суточные и курсовые дозы антибиотиков; определить прогноз болезни у конкретного больного;

8. оказать необходимую врачебную помощь на догоспитальном этапе при гиповолемическом шоке, при инфекционно-токсическом шоке, при ботулизме, ОСЛТ, синдроме бронхиальной обструкции, гипертермическом синдроме, судорожном синдроме, острых аллергических реакциях.

Контрольные вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ:

7 семестр

1 раздел

1. Сальмонеллез. Этиология и эпидемиология. Патогенез. Классификация сальмонеллеза.
2. Сальмонеллез. Клиника гастроинтестинальной формы. Диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Сальмонеллез. Клиника генерализованных форм. Диагностика. Лечение. Профилактика.
4. Сальмонеллез. Бактерионосительство реконвалесцентное и транзиторное. Диагностика. Лечение. Профилактика.
5. Пищевые токсикоинфекции. Этиология. Роль условно-патогенных бактерий в возникновении токсикоинфекций. Эпидемиология. Роль различных пищевых продуктов в передаче токсикоинфекций.
6. Пищевые токсикоинфекции. Патогенетические механизмы диареи, общетоксического синдрома, сердечно-сосудистых расстройств. Клиника: варианты течения, критерии тяжести.
7. Пищевые токсикоинфекции. Особенности клиники ПТИ, вызванных различными возбудителями. Тактика врача в отношении антибактериальной терапии.
8. Дизентерия. Этиология. Современная классификация шигелл. Эпидемиология. Оптимальные пути передачи для различных видов шигелл. Восприимчивость различных возрастных групп. Иммунитет.
9. Дизентерия. Патогенез. Роль инвазивных и токсигенных свойств возбудителя. Механизм развития колитического синдрома, характер поражения слизистой толстой кишки. Клиника типичной формы дизентерии.
10. Классификация дизентерии. Клиника различных вариантов острой дизентерии (типичной и атипичной). Бактерионосительство. Хроническая дизентерия. Прогноз.
11. Дизентерия. Диагностика и дифференциальный диагноз с амёбной дизентерией. Методы лабораторного и инструментального подтверждения диагноза. Эндоскопические методы исследования при дизентерии.
12. Дизентерия. Лечение. Тактика этиотропного лечения. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Правила выписки из стационара. Профилактика.
13. Ботулизм. Типы возбудителя и основные свойства. Источники инфекции и факторы передачи ботулизма. Патогенез, механизм поражения центральной и периферической нервной системы. Виды ботулизма.
14. Ботулизм. Клиника пищевого ботулизма. Критерии тяжести. Осложнения. Диагностика: значение эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.
15. Ботулизм. Клинические симптомы ботулизма младенцев. Диагностика. Лечение: специфическая терапия противоботулинической сывороткой, ее методика. Дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия.
16. Ботулизм. Клиника раневого ботулизма. Принципы лечения, методика введения противоботулинической сыворотки по Безредко. Профилактика ботулизма.
17. Вирусный гепатит А. Этиология. Эпидемиология. Эпидемиологическое значение больных безжелтушными и субклиническими формами. Восприимчивость разных возрастных групп. Сезонность. Патогенез. Иммунитет.

18. 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.
19. Вирусный гепатит Е. Этиология. Особенности эпидемиологии. Клиника типичной формы. Диагностика и лечение.
20. Вирусный гепатит Е. Течение гепатита Е у беременных. Диагностика. Лечение. Ведение беременных с гепатитом Е. Прогноз.
21. Вирусный гепатит В. Этиология. Антигенное строение вируса. Эпидемиология. Восприимчивость. Группы риска. Иммунитет. Патогенез.
22. Вирусный гепатит В. Особенности патогенеза фульминантного гепатита и хронического гепатита. Клиника циклического течения гепатита, его клинические диагностические критерии.
23. Вирусный гепатит В. Исходы и прогноз при ВГВ. Хронический ВГВ и его исходы. Диагностика.
24. Вирусный гепатит В. Базисная терапия. Патогенетическая терапия. Показания к противовирусной терапии. Терапевтическая тактика при хроническом вирусном гепатите.
25. Вирусный гепатит В. Профилактика. Диспансеризация.
26. Вирусный гепатит D. Этиология. Возбудитель и его облигатная связь с вирусом гепатита В. Эпидемиология. Источники и механизм передачи инфекции. Ко-инфекция. Суперинфекция.
27. Вирусный гепатит D. Патогенез. Клиника ко-инфекции ВГВ+D, особенности течения, исходы, диагностика.
28. Вирусный гепатит D. Суперинфекция гепатита D. Особенности течения. Диагностика. Фульминантная форма. Прогноз.
29. Вирусный гепатит D. Исходы. Прогноз. Диагностика. Лечение.
30. Вирусный гепатит С. Этиология: отличительные особенности вируса. Эпидемиология: резервуар и источник инфекции, механизм передачи, восприимчивость, основные эпидемиологические признаки.
31. Вирусный гепатит С. Патогенез. Клиника. Исходы. Прогноз. Лабораторная диагностика острой фазы. Лечение.
32. Фульминантная форма вирусных гепатитов. Диагностика. Лечение.

2 раздел

33. Рожь. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.
34. Рожь. Клиника эритематозной формы. Дифференциальная диагностика. Лечение первичной рожи. Противорецидивное лечение. Профилактические меры.
35. Рожь. Клиника эритематозно-буллезной формы. Дифференциальная диагностика. Лечение рецидивирующей рожи. Противорецидивное лечение. Профилактические меры.
36. Рожь. Клиника буллезно-геморрагической формы. Лечение. Противорецидивное лечение. Профилактические меры.
37. Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.
38. Менингококковая инфекция. Классификация. Менингококковый назофарингит, носительство. Диагностика. Лечение.
39. Менингококкцемия, клиника. Осложнения. Диагностика. Лечение.

40. Клиника менингококкового менингита, менингоэнцефалита. Осложнения. Диагностика. Лечение.
41. Менингококковая инфекция. Атипичные формы. Клиника неотложных синдромов: ИТШ, острая надпочечниковая недостаточность, отек и набухание мозга. Исходы. Прогноз.
42. Чума. Этиология. Эпидемиология. Резервуары чумного микроба в природе. Природные очаги в Кыргызстане и России. Заразительность больного при различных формах чумы. Иммуитет. Патогенез и патологическая анатомия. Значение входных ворот для клинических форм болезни.
43. Чума. Классификация клинических форм. Клиника кожной, бубонной, форм чумы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
44. Чума. Клиника септической формы чумы. Диагностика. Этиотропная терапия, дозы антибиотиков и продолжительность лечения. Патогенетическая терапия. Правила выписки из стационара.
45. Чума. Клиника легочной формы чумы. Диагностика. Этиотропная терапия, дозы антибиотиков и продолжительность лечения. Патогенетическая терапия. Правила выписки из стационара.
46. Чума. Профилактика. Мероприятия в очаге. Изоляция больных и контактных лиц. Экстренная профилактика.
47. Сибирская язва. Этиология. Эпидемиология. Эпизоотическая и эпидемиологическая характеристика болезни. Патогенез. Определяющее значение входных ворот для развития различных форм болезни.
48. Сибирская язва. Классификация Клиническая характеристика кожной и септической форм болезни. Осложнения. Исходы. Прогноз.
49. Сибирская язва. Клиническая характеристика легочной и кишечной форм болезни. Диагностика.
50. Сибирская язва. Дифференциальный диагноз с кожно-бубонной формой чумы. Лечение. Специфический противосибирезвенный гамма-глобулин, его использование. Антибактериальная терапия.
51. Сибирская язва. Профилактика. Комплекс медико-санитарных и ветеринарно-санитарных мероприятий. Дезинфекция в очаге болезни. Специфическая профилактика. Меры предупреждения профессиональных и бытовых заражений.

Раздел 3

52. Роль флюорографического и микробиологического методов в раннем выявлении ограниченных форм туберкулеза легких.
53. Клинические и рентгенологические проявления и течение очагового туберкулеза легких, туберкулем легких.
54. Факторы риска возникновения вторичных форм туберкулеза.
55. Значение микроскопии мокроты и бактериологического метода (посев мокроты) в постановке диагноза и контроля лечения.
56. Инfiltrативный туберкулез легких.
57. Казеозная пневмония.
58. Осложнения деструктивных форм туберкулеза. Исходы болезни.
59. Экссудативный плеврит. Тактика ведения пациентов с экссудативным плевритом.

60. Методики обследования и диагностики с целью своевременного выявления внелегочных форм туберкулеза.
61. Основные задачи национальных программ «Туберкулез-1», «Туберкулез-2», «Туберкулез-3».
62. Рекомендации ВОЗ по борьбе с туберкулезом в современных условиях.
63. Пять принципов стратегии «DOTS».
64. Алгоритм выявления случаев туберкулеза по ВОЗ по результатам микроскопии мазка мокроты. Роль ПМСП в выявлении больных туберкулезом.
65. Принципы лечения больных туберкулезом по стратегии «DOTS».
66. Виды лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (ЛУ ТБ) (первичная, вторичная, монорезистентность, полирезистентность, МЛУ-ТБ)
67. Основные принципы лечения больных МЛУ-ТБ по программе «DOTS» – плюс, химиопрепаратами резервного ряда.
68. Клинические проявления сочетанной инфекции ВИЧ/СПИД и туберкулез.

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, «комочек» 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;
- c) судорожным синдромом;
- d) нарушением чувствительности.

При ботулизме поражение нервной системы характеризуется:

- a) выраженным менингеальным синдромом;
- b) поражением 9 и 12 пары черепных нервов;
- c) психомоторным возбуждением;
- d) мозжечковыми расстройствами;
- e) расстройствами сознания.

Ботулизму не свойственны:

- a) мышечная слабость;
- b) нечеткость зрения;
- c) сухость во рту;
- d) боли в мышцах, суставах;
- e) парез кишечника.

Для ботулизма не характерен синдром:

- a) офтальмоплегический;
- b) глоссофарингеальноплегический;
- c) мионейроплегический;
- d) менингеальный;
- e) острой дыхательной недостаточности.

При ботулизме не наблюдается:

- a) «сетка» перед глазами;
- b) анизокория;
- c) миоз;
- d) стробизм;
- e) птоз.

Для специфической диагностики ботулизма применяют:

- a) бактериологическое исследование крови;
- b) копрологическое исследование;
- c) реакцию нейтрализации токсина на мышцах;
- d) исследование цереброспинальной жидкости;
- e) реакцию непрямой гемагглютинации.

Комплексная терапия ботулизма не включает:

- a) очищение ЖКТ;
- b) введение специфической сыворотки;
- c) дегидратацию;
- d) неспецифическую дезинтоксикацию;
- e) 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.

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) гепатоспленоmegалией.

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.

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 регидратация.

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.

Наиболее тяжело протекает шигеллез, вызванный:

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

Для шигеллезов 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.

Шигеллезы протекают 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+ невигамон;
- c) ампициллин+ невигамон;
- 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.

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;

е) аутоиммунный гепатит.

Каким путем передается ВГВ, кроме:

- а) трансплацентарным;
- б) воздушно-капельным;
- в) половым;
- г) шприцевым;
- д) гемотрансфузии.

Маркерами вгв являются, кроме:

- а) HBsAg;
- б) HBeAg;
- в) HBcorAg;
- г) HBcor IgG;
- д) Анти ВГД IgM.

при каком из вг крови обнаруживается HBsAg:

- а) ВГА;
- б) ВГВ;
- в) ВГЕ;
- г) ВГС;
- д) синдром Жильбера.

Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами ВГВ длится:

- а) 3 мес.;
- б) 6 мес.;
- в) 12 мес.;
- г) 2 года;
- д) 3 года.

Против какого гепатита проводится вакцинация:

- а) ВГА;
- б) ВГВ;
- в) ВГД;
- г) ВГС;
- д) ВГЕ.

Специфическая профилактика ВГВ – это:

- а) стерилизация инструментов;
- б) вакцинация;
- в) контроль доноров;
- г) введение иммуноглобулина;
- д) переливание плазмы.

Особенности ВГД, кроме:

- а) отечно-асцитический синдром;
- б) двухволновая желтуха;

- с) клинико лабораторное обострение;
- д) протекание в легкой форме;
- е) фульминантные формы.

Двухволновое течение ВГ характерно для:

- а) ВГА;
- б) ВГД – суперинфекция;
- с) ВГД – коинфекция;
- д) ВГС;
- е) ВГВ.

Группу риска ВГС составляют все, кроме:

- а) наркоманы;
- б) новорожденные
- с) гомосексуалисты;
- д) медработники;
- е) гематологические больные.

Какой гепатит чаще всего даёт хронизацию:

- а) ВГА;
- б) ВГВ;
- с) ВГД;
- д) ВГС;
- е) ВГЕ.

для ВГЕ характерны вспышки:

- а) эпидемии;
- б) семейные;
- с) водные;
- д) в детских отделениях;
- е) летнее-осенние.

Вирусный гепатит Е наиболее опасен для:

- а) детей до 1 года;
- б) подростков;
- с) беременных женщин;
- д) пожилых лиц;
- е) мужчин.

К типичным формам ВГ относятся:

- а) безжелтушная;
- б) стертая;
- с) желтушная;
- д) субклиническая;
- е) 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.

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 сибиреязвенного 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.

Сибиреязвенный 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 perfringens*;
- 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) пенная 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) гиперемизированная кожа над бубоном;
- f) вскрытие бубона с образованием свища.

Не характерными проявлениями бубонной чумы является:

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

Для диагностики чумы не используются следующие методы:

- a) клинико-эпидемиологически;
- 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.
- a) беспричинный страх;
- b) «симптом рубца»-зуд, припухание и болезненность в месте укуса.

Для менингококкового сепсиса характерны:

- a) выраженная интоксикация
- b) геморрагическая экзантема
- c) склерит, иридоциклит, конъюнктивит
- d) менингеальные симптомы

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

- a) тетрациклин;
- b) пенициллин;
- c) цефтриаксон;
- d) эритромицин;
- e) гентамицин.

Критериями отмены антибиотиков при менингококковом менингите служат:

- a) исчезновение менингеальных симптомов;
- b) санация СМЖ до 100 клеток с преобладанием нейтрофилов;
- c) санация СМЖ до 100 клеток с преобладанием лимфоцитов;
- d) санация СМЖ до 50 клеток с преобладанием лимфоцитов;
- e) 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;
- e) лейкоцитоз, эозинофилия.

Для проявления менингита не характерна:

- a) гипертермия;
- b) головная боль;
- c) рвота;
- d) асимметрия лица, птоз;
- e) гиперестезия.

Эндокардит при менингококковой инфекции может быть у больных с:

- a) назофарингитом;
- b) менингококкцемией;
- c) менингитом;
- d) молниеносным сепсисом;
- e) гипертоксическом менингите.

Остаточные явления, инвалидизация возможны при:

- a) среднетяжелой форме менингококкцемии;
- b) менингите;
- c) менингоэнцефалите;
- d) носительстве;
- e) назофаренгите.

Продолжительность антибактериальной терапии при носительстве менингококка:

- a) 3 дня;
- b) 5 дней;
- c) 7 дней;
- d) 10 дней;
- e) 12 дней.

Поздними сроками болезни при поступлении считается:

- a) 2-ой день болезни;
- b) 3-ой день болезни;
- c) 4-ой день болезни;
- d) 5-ой день болезни;
- e) 7-8-ой день болезни.

Мышечный тонус при полиомиелите:

- a) снижен;
- b) сохранен;
- c) повышен;
- d) в норме.

Сколько дней больной полиомиелитом заразен для окружающих?

- a) 20 дней;
- b) 50 дней;

- c) 30 дней;
- d) 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 2-3 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.

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;

- с) лимфаденопатия;
- д) осиплость голоса;
- е) повышение температуры.

Укажите симптомы риновирусной инфекции:

- а) гипертермия;
- б) обильные водянистые выделения из носа;
- с) сукровичные выделения из носа;
- д) гнойные выделения из носа;
- е) пленки в носу.

Инкубационный период при гриппе равен:

- а) 1-2 дня;
- б) 3-4 дня;
- с) 5-6 дней;
- д) 7 дней;
- е) 8-10 дней.

Изменчивость антигенной структуры характерна для вируса:

- а) гриппа;
- б) парагриппа;
- с) риновирусной инфекции;
- д) аденовирусной инфекции;
- е) RS-инфекции.

Осложнениями гипертоксической формы гриппа являются следующие, кроме:

- а) отека мозга;
- б) отека легких;
- с) стеноза гортани;
- д) инфекционно-токсического шока;
- е) постгеморрагического шока.

Наиболее эффективный препарат для лечения гриппа:

- а) антибиотики;
- б) фторхинолоны;
- с) тамифлю;
- д) оксолиновая мазь;
- е) аспирин.

Лучшее средство профилактики гриппа:

- а) дибазол;
- б) вакцинация;
- с) антибиотики;
- д) фитотерапия;
- е) закаливание.

Увеличение размеров печени бывает при:

- a) гриппе;
- b) парагриппе;
- c) риновирусной инфекции;
- d) аденовирусной инфекции;
- e) RS-инфекции.

Наиболее выражен катаральный синдром при:

- a) гриппе;
- b) парагриппе;
- c) риновирусной инфекции;
- d) аденовирусной инфекции;
- e) RS-инфекции.

Синдром бронхиальной обструкции характерен для:

- a) гриппе;
- b) парагриппе;
- c) риновирусной инфекции;
- d) аденовирусной инфекции;
- e) RS-инфекции.

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 филова-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.

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.

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;

Ребенок 4-х лет вскоре после кори заболел ОРВИ, 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.

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) булезная;
- 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.

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.

Тяжелая 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.

Инкубационный период дифтерии равен:

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

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.

Отметьте клинические признаки инфекционного мононуклеоза

- a) отсутствие катаральных явлений;
- b) «малиновый язык»;
- c) конъюнктивит;
- d) гепатоспленомегалия;

Отметьте типичные изменения в крови при инфекционном мононуклеозе

- a) эозинофилия;
- b) гиперлейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом;
- c) наличие атипичных мононуклеаров;
- d) лейкопения.

Дифференциальный диагноз железистой формы паротитной инфекции часто проводят с:

- a) гнойным паротитом;
- b) ветряной оспой;
- c) скарлатиной;
- d) корью.

Для типичного течения инфекционного мононуклеоза характерно:

- a) "храпящее" дыхание;
- b) ригидность затылочных мышц;

- c) везикуло-пустулезные высыпания;
- d) ринорея.

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 розе применяются следующие препараты, кроме:

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

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

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

Инфицированию и заболеванию туберкулезом при контакте с бактериовыделителем чаще всего подвергаются:

- a) дети младшего возраста;
- b) дети 10 - 12 лет и подростки;
- c) молодые люди до 39 лет;
- d) лица среднего возраста (40-59 лет);
- e) пожилые люди (60 лет и старше).

Какие клинические формы туберкулеза органов дыхания включены в современную клиническую классификацию?

- a) ранняя туберкулезная интоксикация;
- b) цирротический туберкулез легких;
- c) гематогенный диссеминированный туберкулез легких;
- d) острый милиарный туберкулез легких, казеозная пневмония;
- e) крупозная пневмония, эмпиема плевры.

Для своевременного выявления туберкулеза необходимо проводить:

- a) массовые профилактические обследования населения на туберкулез;
- b) обследование на туберкулез больных в общих и специализированных лечебных учреждениях;
- c) регулярное и качественное обследование групп риска по туберкулезу;
- d) санитарно-просветительную работу с населением;
- e) все перечисленное.

Назовите преимущества метода бактериоскопии перед рентгенологическим методом диагностики туберкулеза органов дыхания?

- a) Вероятность правильного диагноза при бактериоскопии существенно выше (98 %случаев);

- b) Бактериоскопия определяет эпидемиологически опасные случаи туберкулеза;
- c) Бактериоскопия позволяет правильно установить приоритет лечения разных случаев туберкулеза;
- d) Бактериоскопия является наиболее объективным методом мониторинга лечения;
- e) Все перечисленное.

Назовите основные свойства L-форм БК, имеющие клиническое и эпидемиологическое значение?

- a) авирулентность;
- b) лекарственная устойчивость;
- c) персистенция и реверсия;
- d) полиморфизм;
- e) изменчивость.

Массовая туберкулинодиагностика - это метод ...

- a) подтверждения активного туберкулезного процесса;
- b) выявления остаточных посттуберкулезных изменений;
- c) ранней диагностики туберкулеза;
- d) диагностики ХНЗЛ;
- e) иммунопрофилактики туберкулеза.

Что из себя представляет туберкулин?

- a) убитые микобактерии туберкулеза;
- b) ослабленные микобактерии туберкулеза;
- c) продукт жизнедеятельности микобактерий туберкулеза;
- d) бульон с микобактериями туберкулеза;
- e) L-формы микобактерий туберкулез.

Цель постановки внутрикожной пробы Манту с 2 ТЕ?

- a) Для определения активности туберкулезного процесса;
- b) Для ранней диагностики туберкулеза у детей и подростков;
- c) Для определения эффективности лечения;
- d) Для определения локализации процесса;
- e) Для определения группы учета.

Подкожная проба Коха используется для:

- a) своевременного выявления туберкулеза;
- b) выявления поствакцинальной аллергии;
- c) отбора лиц на ревакцинацию;
- d) дифференциальной диагностики;
- e) лечения больных активным туберкулезом.

Абсолютные противопоказания к ревакцинации БЦЖ:

- a) поствакцинальная аллергия;
- b) инфекционная аллергия (туберкулезная);
- c) аллергический отек кожи;
- d) аллергический дерматит;

- e) экссудативный диатез.

Назовите осложнения после вакцинации и ревакцинации БЦЖ:

- a) бронхоаденит;
- b) региональный лимфаденит;
- c) скрофулодерма;
- d) гнойно-некротическая реакция кожи;
- e) линейный рубец.

Какая мера профилактики ТБ является наиболее эффективной в современной эпидемиологической обстановке в Кыргызстане?

- a) своевременное лечение и абациллирование больных с положительным мазком мокроты;
- b) химиопрофилактика;
- c) иммунопрофилактика;
- d) санитарная профилактика;
- e) дезинфекция очага тубинфекции.

В каких сегментах наиболее часто локализуется туберкулезный процесс в легких?

- a) в 3 сегменте;
- b) в 4 сегменте;
- c) в 5 сегменте;
- d) в 1-2-ом сегментах;
- e) в 9 сегменте.

Какой из методов рентгенологических обследований позволяет определить локализацию процесса по долям и сегментам?

- a) компьютерная томография;
- b) срединная томография;
- c) электрорентгенография;
- d) бронхоскопия;
- e) рентгенография в прямой и боковой проекциях.

Назовите наиболее достоверный признак, который будет свидетельствовать в пользу инфильтративного туберкулеза при проведении дифференциальной диагностики с неспецифической пневмонией:

- a) однократное обнаружение БК в мокроте;
- b) обнаружение БК в мокроте не менее двух раз;
- c) положительная клиническая динамика в результате проведения химиотерапии;
- d) положительная рентгенологическая динамика - полное рассасывание инфильтрации в течение 2-4 нед.;
- e) положительная клиническая динамика в результате проведения лечения неспецифическими АБП.

Неблагоприятный исход инфильтративного туберкулеза:

- a) формирование туберкулемы;
- b) образование каверны;

- c) ателектаз;
- d) формирование рубцово-склеротических изменений в легких;
- e) легочные кровотечения.

Современный взгляд на патогенез вторичного туберкулеза заключается в...

- a) теории эндогенной реактивации;
- b) теории экзогенной суперинфекции;
- c) конвергенции этих двух теорий;
- d) теории гематогенной диссеминации;
- e) теории лимфогенной диссеминации

Клинические «маски»инфильтративного туберкулеза легких

- a) "грипп";
- b) Пневмония;
- c) острый бронхит;
- d) ОРВИ;
- e) все перечисленное.

Какой диагностический метод исследования наиболее достоверный при дифф. диагностике деструктивных форм туберкулеза и неспецифических полостных образований в легких?

- a) рентгенологический;
- b) цитологический;
- c) бактериоскопический;
- d) бронхологический;
- e) пробное лечение.

Что является наиболее частой причиной смерти больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких?

- a) поражение бронхов;
- b) иммунодефицитное состояние больных;
- c) неспецифическое осложнение бронхолегочной системы;
- d) прогрессирование туберкулезного процесса;
- e) легочное кровохарканье.

Какой перкуторный симптом наиболее характерен для больных плевритом?

- a) симптом Потенжера-Воробьева;
- b) симптомы линии Дамуазо-Соколова;
- c) симптомы Винтриха;
- d) амфорическое дыхание;
- e) симптом Кораньи.

Врачебная тактика при выявлении экссудативного плеврита у лиц молодого возраста

- a) консультация фтизиатра;
- b) консультация хирурга;
- c) консультация онколога;
- d) боковая рентгенограмма легких;
- e) срединная томограмма легких.

Заражение туберкулезом костей и суставов происходит в результате

- a) проникновения МБТ по кровеносным и лимфатическим сосудам;
- b) проникновения МБТ ликворогенным путем;
- c) проникновения МБТ по контакту;
- d) проникновения МБТ по бронхам;
- e) проникновения МБТ смешанным путем.

К осложнениям туберкулезного спондилита относятся

- a) деформации позвоночника;
- b) натечные абсцессы;
- c) свищи;
- d) параличи, парезы;
- e) все вышеперечисленное.

У больного туберкулезом мочевыводящей системы могут развиваться следующие осложнения, кроме:

- a) микроцистис;
- b) нефролитиаз;
- c) ХПН;
- d) абсцесс в области поясницы;
- e) натечный абсцесс.

К формам абдоминального туберкулеза относят специфическое поражение

- a) органов пищеварения;
- b) брюшины;
- c) мезентериальных лимфатических узлов;
- d) брыжейки тонкой кишки и забрюшинного пространства;
- e) все вышеперечисленное.

При какой клинической форме туберкулеза легких наиболее часто применяется хирургический метод лечения?

- a) первичный туберкулезный комплекс;
- b) диссеминированный туберкулез легких с распадом;
- c) инфильтративный туберкулез с распадом;
- d) очаговый туберкулез легких с распадом;
- e) фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

Какой характер побочных реакций наиболее часто встречается при приеме рифампицина у больных туберкулезом?

1. отек Квинке;
2. мерцательная аритмия;
3. ототоксическое;
4. гепатотоксическое;
5. нейротоксическое.

Клиническая задача № 1.

Больная У., 21 года, 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 № 2.

Больная К., 32 лет, продавец в магазине «Молоко», заболела остро 22.08. вечером. Почувствовала слабость, недомогание, умеренную головную боль, познбливание, 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 № 3.

Больная Д., 40 лет, доставлена в инфекционное отделение машиной «скорой помощи» в тяжёлом 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, селезёнка 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*10⁹/л, Эр – 5,1*10¹²/л, СОЭ –24 мм/час; относительная плотность плазмы крови –1030, гематокрит-55%, калий плазмы –3,2 ммоль/л, натрий плазмы – 130ммоль/л.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 4.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 5.

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

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 37,2°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 селезёнка не пальпируются. Стула в течение суток не было. Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Отмечается левосторонний птоз, расширение зрачков, расходящееся косоглазие. Двусторонний парез мягкого нёба.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 6.

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 инъекцированы, на переходной складке конъюнктивы правого глаза плёнчатый налёт. 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 № 7.

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 № 8.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 9.

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 № 10.

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

Данный больной заболел с повышением температуры до 37°C, насморк. В последующем температура повысилась до 38,7-39°C, усилился насморк, появился влажный кашель, гнойное отделяемое из глаз. Ткани лица пастозные, веки отечные, из носа обильное слизистое отделяемое, крылья носа мацерированы, склерит, слезотечение, гиперемия конъюнктивы. В зеве яркая разлитая гиперемия, зернистость мягкого неба, бугристость задней стенки глотки, по ней стекает мутная слизь. Боковые валики утолщены, отечны. Увеличены все группы лимфоузлов. В легких выслушивается жесткое дыхание, проводные сухие и единичные крупнопузырчатые влажные хрипы. Печень+ 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 № 11.

Ребенок 10 месяцев, заболел остро ночью с подъема температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, 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 – 130^1 , 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 - $3,5 \times 10^{12}$ /л, ц.п. - 0,89, Лейк - $8,3 \times 10^9$ /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 № 12.

Девочка 1 года 9 месяцев, заболела за 3 дня до поступления в стационар. В 1-й день болезни температура повысилась до $37,4^{\circ}\text{C}$, к вечеру появился кашель, сначала обычный, а к утру следующего дня кашель стал суховатым, грубым, лающим. Мать отмечает, что вместе с появлением кашля голос у девочки стал менее звонким, хриловатым. На 2-е сутки девочка стала беспокойной, просыпалась ночью от частого кашля, голос стал еще более осипшим. На 3-й сутки температура оставалась субфебрильной, голос и кашель стали беззвучными, при кашле и волнении появлялся шумоватый вдох и небольшое втяжение эпигастриальной области. Ребенок стал беспокойным, и врач направил его в больницу. При поступлении состояние тяжелое, температура $38,0^{\circ}\text{C}$, 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 № 13.

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 № 14.

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 pertussis*.

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 № 15.

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 № 16.

Больной Б., 18 лет. Болен 7 дней. Заболевание началось с повышения температуры до 38,8°C, небольшой головной боли, слабости.

Врачом поликлиники диагностировано ОРЗ, назначен аспирин. Исчез аппетит, появилась слабость, тошнота, один раз была рвота. Отмечал чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье. Температура нормализовалась к 4 дню, но на 5 день болезни утром обратил внимание на темный цвет мочи.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 17.

К больной С., 42 лет, врачу-реаниматологу, был вызван врач поликлиники 24.04. Жалобы на высокую температуру тела, боль в правом подреберье, коленных и лучезапястных суставах. Больна 3-й день, пыталась лечиться самостоятельно (анальгин, аспирин), но самочувствие ухудшалось, заметила появление уртикарной сыпи на теле, головокружение, продолжалась боль в правом подреберье, усилилась тошнота, была повторная рвота, изменился цвет мочи, температура повысилась до 39,7° С. Сказала врачу, что в последнее время часто ела салат из свежих овощей, особенно из тепличных огурцов. После осмотра была направлена на госпитализацию в инфекционную больницу с диагнозами: «лептоспироз, иерсиниоз». В стационаре выявлена желтуха. Состояние тяжелое. Сохранялась боль в суставах, правом подреберье. На коже в области суставов необильная сыпь пятнисто-папулезного характера. Пульс 90 уд/мин, тоны сердца приглушены. Живот вздут, болезненный при пальпации. Печень увеличена, пальпировалась на 4 см ниже реберной дуги, край ее резко болезненный при пальпации. Селезенка увеличена. Асцит. При биохимическом исследовании крови: билирубин связанный — 150, 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 1 — 5%, альфа 2 — 12%, бета — 15%, гамма — 32%; сулемовая проба — 1,4 мл, тимоловая проба 50 ед. При серологическом исследовании выявлены HBsAg, антитела к ядерному антигену (суммарные), антитела к вирусу D класса M. 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 № 18.

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-HBscore IgM.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача №19.

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 Астраханскую область, где в течение 2-х недель жил в полевых условиях. Состояние тяжёлое. Больной возбуждён, лицо гиперемировано. Сосуды склер и конъюнктивы инъецированы. В правой подмышечной области резко болезненный, плотный конгломерат, с отёком мягких тканей, неподвижный. Кожа над ним имеет багрово-синюшную окраску. Кашель с небольшим количеством пенисто-кровянистой мокроты. При аускультации справа в нижнем отделе небольшое количество мелкопузырчатых хрипов. ЧД – 28 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 124 уд/мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот безболезненный, пальпируется край селезёнки. В сознании. Менингеальных симптомов нет.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача №20.

Больной В., 38 лет, обратился к врачу с жалобами на высокую температуру, слабость, ломоту в теле, головную боль, сильные боли в правой подмышечной области. Считает себя больным в течение 4 дней. Заболевание началось с познобливания и подъема температуры до 38°C, тогда же отметил болезненность в правой подмышечной области. Самостоятельно принимал анальгин, делал компрессы на правую подмышечную область. Однако состояние ухудшалось: по вечерам беспокоили ознобы, держалась лихорадка – 39-40°C, боль в подмышечной области постепенно усиливалась, что заставило больного обратиться к врачу. Перед заболеванием ездил к родителям, живущим в Астраханской области, помогал по хозяйству, участвовал в сельскохозяйственных работах. При осмотре: на правой кисти имеется рана, покрытая гнойной коркой, с гиперемией вокруг неё. В правой подмышечной области определяется болезненное образование с размером 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, селезёнка не увеличены. Больной несколько вял, адинамичен. Яркий румянец на щеках. Очаговых неврологических и менингеальных симптомов нет. Госпитализирован с подозрением на кожно-бубонную форму чумы.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача №21.

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 3x4 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 Рязанскую 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 №22.

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 №23.

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

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача №24.

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

В августе отдыхал в Ставропольском крае, в сельской местности. Вернулся в Москву 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 №25.

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

ЗАДАНИЕ.

1. О каких наиболее вероятных заболеваниях следует думать?
2. Какова должна быть тактика врача медицинского пункта?

Клиническая задача №26.

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 37,6⁰С, но состояние ухудшилось. Появились сильные боли в животе и пояснице, тошнота, отметил уменьшение количества мочи. Повторно вызвал врача, который направил больного в стационар.

Контакта с больными не имел. В течение второй половины августа жил на даче в Подмосковье. Пил сырую воду из колодца. На посуде, газовой плите обнаруживал мышинный помет.

Состояние при поступлении тяжелое. Лицо гиперемировано, конъюнктивы и склеры инъектированы. Кровоизлияние в склере левого глаза. В аксиллярных областях небольшое количество петехий, расположенных полосками. В легких – везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены. Пульс 64 уд/мин. АД 130/90. Язык обложен, суховат. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в правом и левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень +2см. В течение 6 часов не мочился. Мочевой пузырь пуст. Пальпация поясничной области резко болезненна. Больной в сознании, но заторможен, адинамичен. Менингеальных и очаговых симптомов нет.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача №27.

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 T-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 №28.

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 № 29.

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° С. 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 №30.

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°С, а затем достигла 38-38,5°С. 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 х1р., 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 шейно-плечевой мускулатуры слева, больной с трудом наклоняет голову влево.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача №31.

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 №32.

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 №33.

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. Каков патогенез данного заболевания?

Клиническая задача №34.

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 инъекцированы, на переходной складке конъюнктивы правого глаза плёнчатый налёт. 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 №35.

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 №36.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача №37.

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 №38.

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

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

ЗАДАНИЕ.

6. О каком заболевании следует думать?
7. Какие методы исследования необходимо назначить для подтверждения этиологии заболевания?
8. Какие клинические формы данного заболевания вам известны?
9. Составьте план лечения.
10. Назовите меры профилактики данного заболевания.

Клиническая задача №39.

Ребенок 10 месяцев, заболел остро ночью с подъема температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, 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 – 130^1 , 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: НЬ - 130 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, ц.п. - 0,89, Лейк - $8,3 \times 10^9$ /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 №40.

Девочка 1 года 9 месяцев, заболела за 3 дня до поступления в стационар. В 1-й день болезни температура повысилась до $37,4^{\circ}\text{C}$, к вечеру появился кашель, сначала обычный, а к утру следующего дня кашель стал суховатым, грубым, лающим. Мать отмечает, что вместе с появлением кашля голос у девочки стал менее звонким, хриловатым. На 2-е сутки девочка стала беспокойной, просыпалась ночью от частого кашля, голос стал еще более осипшим. На 3-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 $38,0^{\circ}\text{C}$, 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.

6. Поставьте диагноз.
7. Приведите его обоснование.
8. С каким заболеванием следует провести дифференциальный диагноз?
9. В каком стационаре и отделении должна лечиться больная?
10. Назначьте лечение больной и необходимые манипуляции.

Клиническая задача №41.

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. Приведите его обоснование.
4. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз.
5. Где будете лечить ребенка? Назначьте лечение.
6. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Клиническая задача №42.

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. Назначьте полное обследование.
2. Назовите принципы терапии данного заболевания
3. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?
4. Распишите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Клиническая задача №43.

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 №44.

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 капикулов (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 №45

Девочке 6 лет, из многодетной семьи, документа на ребенка нет. Заболела с подъема температуры до 39⁰С, 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 расширены во все стороны, выслушиваются экстрасистолы, печень увеличилась до 3 см.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача №46

Ребенку 7 лет. Страдает нейродермитом, повторными ОРВИ, ангинами. Заболел остро с повышения температуры до $38,5^{\circ}$ - 39° 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 $37,2^{\circ}$ С. 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
2. Назначьте специфическое и этиотропное лечение этому больному.

Клиническая задача №47.

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

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

Общий анализ крови: НЬ - 156 г/л, Эр – $5,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 1,0, Лейк – $9,6 \times 10^9$ /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 №48.

Мальчик 2 лет, 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° , 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 - $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, Лейк – $11,0 \times 10^9/\text{л}$; 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?

Клиническая задача №49.

Ребенок 4 лет заболел остро с повышения 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 открывается 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 - $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоц - $13,5 \times 10^9/\text{л}$; э- 3%, п/я- 10%, с/я- 65%, л- 17%, м-5%, СОЭ- 25 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

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

ЗАДАНИЕ.

2. Поставьте клинический диагноз. Проведите обоснование диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз с иерсиниозом.
4. Назначьте лечение.

Клиническая задача №50.

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 №51.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача №52.

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 №53.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 54.

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 № 55.

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 - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $6,0 \times 10^9$ /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 №56.

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 1г/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 №57.

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 №58.

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 №59.

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 № 60.

Больной М., 42 лет, слесарь-сантехник. Курит около 30 лет, злоупотребляет алкоголем. Обратился в поликлинику с жалобами на кашель с мокротой, одышку при физической нагрузке, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела по вечерам до 37,6⁰С.

Врач, обследовавший больного, поставил диагноз: хронический бронхит, обострение и назначил противовоспалительное лечение, отхаркивающие средства, ингаляции. После проведенного лечения самочувствие больного улучшилось, уменьшился кашель, одышка почти исчезла, нормализовалась температура тела. Сохранялась невыраженная общая слабость. Врач разрешил больному приступить к работе.

Через 2 месяца при очередном флюорографическом обследовании обнаружено обширное затенение в области верхней доли правого легкого, негетогенное по структуре, с участками просветления, в нижних отделах правого легкого — множественные, расположенные группами, малоинтенсивные очаговые тени.

ЗАДАНИЕ:

1. Каковы ошибки участкового врача?
2. О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании данных флюорографии?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?
4. К какому специалисту на консультацию должен быть направлен данный больной?

Клиническая задача № 61.

Больной С., заболел 1 мес. назад, когда внезапно повысилась температура тела до 39С, появился озноб, кашель с мокротой, иногда с примесью крови, боли в правом боку, одышка. Был госпитализирован с диагнозом двухсторонняя пневмония в терапевтическую клинику.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Пониженного питания. Кожа чистая, влажная. Дыхание бронхиальное, ослаблено, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон, более выраженные справа. Органы желудочно-кишечного тракта без особенностей, температура тела — 38,3С.

Гемограмма: Л—12,0х10⁹ г/л, СОЭ—49 мм/час.

На обзорной рентгенограмме: справа в верхней доле инфильтрация легочной ткани, множественные участки просветления. Слева в нижней доле инфильтрация, участки просветления, очаговые тени без четких контуров.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие осложнения возможны?
3. Какое лечение необходимо назначить?

Клиническая задача № 62.

Больной В., 35 лет, зоотехник, доставлен “Скорой помощью” в ЦРБ с жалобами на повышение температуры тела до 39^оС, одышку при незначительной физической нагрузке, сухой кашель, умеренные боли в грудной клетке справа, общую слабость.

Из анамнеза: больным себя считает в течении пяти недель, когда после простудного фактора повысилась температура тела, появилась одышка, постепенно нарастала. К врачу не обращался, не лечился. При более тщательном сборе анамнеза выяснилось, что больной около 2-х мес. назад начал постепенно худеть, стал сильно устывать, считал это последствиями возросшей нагрузки на работе.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания, кожа бледная, грудная клетка обычной формы, правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания, тоны сердца ритмичные, приглушены, границы сердца в норме, ЧСС 96 в мин, АД 100/70 мм рт. ст. Перкуторно слева легочной звук, справа — притупление, аускультативно в легких слева — везикулярное дыхание, справа — ослабленное, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови — эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, Нв—121 г/л, лейкоциты $9,9 \times 10^9$ /л, э—1%, п—40%, с—6%, л—18%, м—11%, СОЭ 31 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, общий билирубин 12 мкмоль/л, сахар 4,0 ммоль/л.

Рентгенологически: слева легкое чистое, справа с уровня II ребра до купола диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение, неотделимое от тени утолщенной костальной плевры, органы средостения смещены влево.

Дважды производились плевральные пункции, удалено соответственно 2800 мл и 400 мл соломенно-желтой, прозрачной жидкости, произведен анализ плеврального содержимого: белок 50 г/л, цитоз умеренно-клеточный, лимфоциты 96%, нейтрофилы 4%, микобактерии, опухолевые клетки не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ — 4 мм, в центре папулы — везикула.

ВОПРОСЫ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставили бы больному при поступлении в ЦРБ?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения этиологии плеврита?
3. Между какими заболеваниями в первую очередь нужно проводить дифференциальную диагностику?

Клиническая задача № 63.

Больной С., 33 года, водитель автобуса. При очередном флюорографическом обследовании в поликлинике выявлены изменения в правом легком, в верхней доле определяется неомогенный фокус затемнения с нечеткими контурами, с дорожкой к корню и просветлением в центре. После вызова на дообследование в рентгенологическом кабинете врачом-рентгенологом установлено, что у больного 2 года назад был контакт с больным туберкулезом соседом. За 2 недели до профосмотра перенес гриппоподобное состояние, в течении недели отмечал повышения температуры тела в вечернее время до 37,5 - 37,8С, слабость, недомогание. К врачам не обращался. В момент посещения терапевта отмечает небольшую общую слабость, других жалоб нет.

На обзорной рентгенограмме справа в 1, 2 сегментах легкого определяется затемнение размером 5 на 6 см, средней интенсивности, неомогенное, с более плотными очаговыми включениями и просветлениями, с дорожкой к корню легкого, неправильной формы с размытыми контурами.

ВОПРОСЫ:

1. О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?
2. Какое обследование должен провести терапевт для подтверждения диагноза?
3. Куда направить больного на консультацию?

Клиническая задача № 64.

Больной И., 32 года, водитель. Жалоб нет. Выявлен при профосмотре. Последняя флюорография 3 года назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное. АД – 120/70. Пульс 80 ударов в 1 минуту.

Гемограмма: без патологических отклонений.

Анализ мокроты на БК: МБТ отр.

Реакция Манту 10 мм.

Рентгенологическое исследование: Слева в С1–С2 группа немногочисленных очагов средней интенсивности с четкими контурами.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Нужны ли дополнительные методы обследования больного?
3. Нужна ли антибактериальная терапия?
4. Ваша тактика?

Клиническая задача № 65.

При массовом флюорографическом обследовании у больного 32 лет в верхней доле левого легкого обнаружена округлая тень размером 2,5 на 3 см, с четкими контурами, неоднородная по структуре за счет более плотных включений. На томограмме верхней доли (срезы 6,5 и 7,5 см) подтверждается четкость границы и неоднородность структуры тени за счет просветления, прилегающего к дренирующему бронху, и более плотных включений, в окружающей легочной ткани фиброзные и очаговые изменения. При обследовании у цехового врача установлено, что флюорографию проходил 2 года назад, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Год назад, во время эпидемии гриппа, заболел остро с катаральными изменениями, кашель с субфебрильной температурой сохранялись около месяца, астенический синдром - более 2-х месяцев.

Объективно: Грудная клетка не деформированна, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно определяется ясный легочный звук, хрипов не выслушивается.

В крови: СОЭ - 7 мм/час, Л - $6,4 \times 10^9$ /л, э - 1%, п/я - 4%, с/я - 65%, л - 26%, м - 4%.

Терапевт заподозрила периферический рак легкого, больной направлен на консультацию в онкологический диспансер. В онкодиспансере при обследовании обнаружены микобактерии туберкулеза.

ВОПРОСЫ:

1. На основании имеющихся данных о каком заболевании думаете Вы?
2. Укажите, на основании каких признаков можно думать о туберкулезе?
3. В консультации какого врача нуждается больной?
4. Интерпретируйте общий анализ крови?

Клиническая задача № 66.

Больная А., 22 года, заболела 2 недели назад: постепенно ухудшалось состояние, по вечерам повышалась температура до 37С, отмечалась слабость, потливость, появились головные боли, усиливающиеся при ярком свете и шуме, запор. День назад наступило резкое ухудшение всех симптомов: температура повысилась до 38,2С, выросла интенсивность головной боли, светобоязнь, на теле спонтанно возникают и исчезают красные пятна.

Объективно: Состояние тяжелое. Сознание спутанное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, выраженный красный дермографизм, выраженные пятна Груссо. Зев чистый. Температура тела 39,2С. АД 140/90. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушенны, тахикардия 92 удара в минуту. Живот втянутый, ладьевидной формы. Отмечается запор. Мочеиспускание не нарушено. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, Кернига, Брудзинского) положительные. Отмечается левосторонний птоз, сходящееся косоглазие.

В гемограмме: лейкоцитов $12,8 \times 10^9$ /л, э - 3%, с/я - 51%, лимф. - 8%, мон 11%, СОЭ - 32 мм/час. Исследование ликвора: Жидкость опалесцирующая, вытекает струей. Кол-во клеток $0,15 \times 10^6$ /л, лимфоциты 70%, нейтрофилы 30%. Выпала паутинная пленка. Сахар 16 ммоль/л, хлориды 92 ммоль/л. Анализ ликвора на БК: Бактериоскопически микобактерии туберкулеза не обнаружены. Рентгенологически: легочные поля прозрачные, чистые, в С2 справа.

ВОПРОСЫ:

1. Какие черепнолицевые нервы повреждены?
2. Ваш диагноз? Обоснуйте.

Клиническая задача № 67.

Больной З., 56 лет поступил в клинику с жалобами на повышенную утомляемость, температуру до 38,1С, слабость, отсутствие аппетита, понижение веса, кашель с мокротой с прожилками крови, боли в межлопаточной области, больше слева. За последние полгода похудел на 5 килограмм.

Объективно: Состояние средней тяжести. Астеничного телосложения. Кожные покровы повышенной влажности, стойкий красный дермографизм. АД 90/60. Положительный симптом Поттенджера (Болезненность мышц плечевого пояса при пальпации), более выражен слева. Грудная клетка цилиндрической формы. При аускультации над верхушкой левого легкого после покашливания определяются сухие и полусухие, трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не нарушены.

В гемограмме: Лейк. $14,6 \times 10^9/\text{л}$, эоз. – 3 %, п/я - 8%, с/я - 58 %, лимф. – 17 %, мон. - 14 %. СОЭ 28 мм/час.

Рентгенологически: В С1-С2 левого легкого определяется тень 4х5 см, с нечеткими, размытыми контурами, средней интенсивности, неоднородная по структуре с участками просветления и очагами отсева.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Прогноз заболевания?

Клиническая задача № 68.

Больной Ф., 56 лет. Жалобы на слабость, повышенную до 38,0С температуру тела, кашель со слизистой мокротой, кровохарканье, одышку при физической нагрузке. 4 года назад был диагностирован инфильтративный туберкулез с распадом, БК+. Лечился стационарно, но очень неаккуратно, злоупотреблял алкоголем. Не долечившись, ушел самовольно из стационара. Живет один, не работает, 2 раза находился в ИТУ.

Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При аускультации в верхних отделах справа влажные хрипы, а на остальном протяжении сухие. В правом отделе при перкуссии коробочный звук. ЧД – 26 в мин. Печень выступает на 2 см. из-под края реберной дуги.

Гемограмма: Л – $11,7 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 52 мм/час, п-7.

Мокрота: МБТ+.

Рентгенологически: Справа в С1 выраженный фиброз, фиброзно-рубцовые изменения, разнокалиберные деформированные полости, очаги с элементами полиморфизма. Справа в С6 С10, слева в С4 С5 очаги отсева. Корень правого легкого деформирован, подтянут кверху, слева легкое чистое.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Почему произошло прогрессирование процесса?
3. Какие дополнительные методы исследования Вы бы провели?
4. Какие осложнения возможны?

Клиническая задача № 69.

Больная X., 21 год, с детства страдает сахарным диабетом. Заболела 2 месяца назад: постепенно ухудшалось состояние, повышалась температура, появилась слабость, потливость, кашель с небольшим количеством мокроты. Перкуторно сзади слева сверху до средней трети лопатки укорочение звука, там же жесткое дыхание, сухие хрипы.

В гемограмме: лейкоц. $-8,0 \times 10^9/\text{л}$, эоз. -2% , с/я -51% , лимф. -8% , мон. -12% , СОЭ -34 мм/час. В мокроте при бактериоскопии обнаружены БК. Реакция Манту резко положительная.

Рентгенологически: прозрачность 2-го сегмента левого легкого неравномерно понижена за счет очаговых и инфильтративных изменений, с участками, подозрительными на полости распада.

ВОПРОСЫ:

1. Интерпретируйте общий анализ крови.
2. Что способствовало заболеванию?
3. Какая клиническая форма туберкулеза легких?
4. Какой рентгенологический метод позволит уточнить характер изменений в левом легком?

Клиническая задача № 70.

У мужчины 55 лет во время флюорографического обследования справа под ключицей обнаружена группа очаговых теней размерами 0,3–0,6 см, плотных с четкими контурами. В прошлом туберкулезом не болел. Самочувствие в период обследования хорошее. Гемограмма в пределах нормы. В мокроте БК–.

ВОПРОСЫ:

1. У пациента активный или неактивный очаговый туберкулез?
2. Нужны ли дополнительные методы обследования?
3. Можно ли считать пациента практически здоровым или необходима антибактериальная терапия.
4. Является ли показателем отсутствия активности туберкулезного процесса небациллярная мокрота?

Клиническая задача № 71.

Больная П. 40 лет, бухгалтер. После летнего отпуска, проведенного на берегу моря, стала отмечать повышенную утомляемость, потливость, повышение температуры до 37,3С.

При обследовании терапевтом установлено: кожа цвета загара, подкожно-жировой слой развит хорошо, левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Над левой надключичной областью укорочение перкуторного звука и ослабленное дыхание, хрипов нет.

В анализе крови: СОЭ -20 мм/час, лейкоц. $-6,0 \times 10^9/\text{л}$, п/я -10% , с/я -57% , лимф. -20% , мон. -8% .

При посеве мокроты обнаружены микобактерии туберкулеза, чувствительные ко всем туберкулостатическим препаратам.

Рентгенограмма органов грудной клетки: в I–II сегментах левого легкого группа теней средней и малой интенсивности, округлой формы с расплывчатыми контурами, кальцинаты в правом корне.

ВОПРОСЫ:

1. Интерпретируйте общий анализ крови.
2. Сформулируйте клинический диагноз и дайте его обоснование.
3. Какие условия способствовали развитию активного туберкулеза?

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ

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

Биохимические исследования крови

Общ. Белок – 58,3 г/л

Мочевина – 3,2 ммоль/л

Ост. Азот – 13,72 ммоль/л

Креатинин – 53,1 мкмоль/л

Билирубин (общ) – 415,5 мкмоль/л

 Прямой – 329,2 мкмоль/л

 Не прямой – 86,3 мкмоль/л

АСТ – 0,68 мкКат/ л

АЛТ – 0,77 мкКат/л

Сахар – 5,2 ммоль/л

Тимоловая проба – 5,9 ед.

Биохимические исследования крови

Общий билирубин – 58,2 мкмоль/л

Прямой билирубин – 42,1 мкмоль/л

Непрямой билирубин – 16,1 мкмоль/л

АСТ – 0,96 мкКат/л

АЛТ – 1,26 мкКат/л

Тимоловая проба – 7,8 ед.

Протромбиновый индекс

ПТИ – 64,2%

Время - 28”

Биохимическое исследование крови

Общ. Белок – 71,3 г/л

Альбумин – 35,6 г/л

Билирубин (общ.) – 34 мкмоль/л

 Прямой – 26 мкмоль/л

 Непрямой – 8 мкмоль/л

АСТ – 0,54 мккат/ л

АЛТ – 1,48 мккат/ л

Тимоловая проба – 15 ед.

Протромбиновый индекс

Индекс – 62,7%

Время - 29”

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 63,9 г/л

Альбумин – 37,0 г/л

Креатинин – 66,7 мкмоль/л

Билирубин (общ.) – 348,9 мкмоль/л

 Прямой – 204,3 мкмоль/л

 Непрямой – 144,6 мкмоль/л

АСТ – 0,57 мккат/ л

АЛТ – 1,05 мккат/ л

Сахар – 3,5 ммоль/л

Тимоловая проба – 7,7 ед.

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 75,9 г/л

Альбумин – 35,0 г/л

Креатинин – 110,0 мкмоль/л

Билирубин (общ.) – 60,0 мкмоль/л

 Прямой – 45,0 мкмоль/л

 Непрямой – 15,0 мкмоль/л

АСТ – 0,63 мккат/ л

АЛТ – 0,94 мккат/ л

Сахар – 3,8 ммоль/л
Диастаза – 56,0 ед
Тимоловая проба – 7,0 ед.

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 75,9 г/л
Альбумин – 38,0 г/л
Мочевина – 3,6 ммоль/л
Остаточный азот – 14,5 ммоль/л
Креатинин – 110,0 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 27,0 мкмоль/л
 Прямой – 18,0 мкмоль/л
 Непрямой – 9,0 мкмоль/л
АСТ – 0,94 мккат/ л
АЛТ – 1,22 мккат/ л
Сахар – 4,7 ммоль/л
Тимоловая проба – 47,0 ед.
Са⁺ - 2,0 мкмоль/л

Биохимическое исследование крови

Общ. Белок – 64,1 г/л
Мочевина – 9,0 ммоль/л
Остаточный азот – 25,9 ммоль/л
Креатинин – 383,4 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 169,8 мкмоль/л
 Прямой – 140,4 мкмоль/л
 Не прямой - 29,4 мкмоль/л
АСТ – 0,54 мккат/ л
АЛТ – 1,20 мккат/ л
Сахар – 1,1 ммоль/л

Биохимическое исследование крови

Общ. Белок – 53,7 г/л

Альбумин – 33,0 г/л

Мочевина – 6,1 ммоль/л

Остаточный азот – 19,8 ммоль/л

Креатинин – 64,3 мкмоль/л

Билирубин (общ.) – 273,9 мкмоль/л

 Прямой – 219,3 мкмоль/л

 Не прямой - 54,6 мкмоль/л

АСТ – 0,70 мкКат/л

АЛТ – 1,0 мкКат/л

Сахар – 5,0 ммоль/л

Тимоловая проба – 6,9 ед.

Биохимическое исследование крови

Общ. Белок – 62,9 г/л

Альбумин – 33,0 г/л

Мочевина – 2,0 ммоль/л

Остаточный азот – 11,2 ммоль/л

Креатинин – 86,6 мкмоль/л

Билирубин (общ.) – 311,1 мкмоль/л

 Прямой – 238,8 мкмоль/л

 Не прямой - 72,3 мкмоль/л

АСТ – 1,0 мккат/л

АЛТ – 1,29 мккат/л

Сахар – 5,2 ммоль/л

Тимоловая проба – 6,7 ед.

Биохимическое исследование крови

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

Биохимическое исследование крови

Общ. Белок – 47,6 г/л
Альбумин – 30,0 г/л
Мочевина – 5,3 ммоль/л
Остаточный азот – 22,1 млмоль/л
Креатинин – 67,2 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 218,4 мкмоль/л
 Прямой – 179,2мкмоль/л
 Не прямой - 39,2мкмоль/л
АСТ – 0,53 мккат/л
АЛТ – 1,92 мккат/л
Сахар – 5,4 ммоль/л
Тимоловая проба – 6,7 ед.
Кальций – 2,9 мкмоль/л

Общий анализ крови

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

Лимфоциты – 46,2%

Моноциты – 5,2%

СОЭ – 20 мм/час

Общий анализ крови

Гемоглобин – 88 г/л

Эритроциты – $2,83 \cdot 10^{12}$ /л

Цветной показатель – 0,93

Лейкоциты – $7,8 \cdot 10^9$ /л

Палочки – 3%

Сегменты – 29%

Лимфоциты – 58%

Моноциты – 10%

СОЭ – 38 мм/час

Общий анализ крови

Гемоглобин – 83,5 г/л

Эритроциты – $3,54 \cdot 10^{12}$ /л

Цветной показатель – 0,7

Лейкоциты – $7,6 \cdot 10^9$ /л

Палочки – 1%

Сегменты – 64%

Эозинофилы – 2%

Лимфоциты – 31%

Моноциты – 2%

СОЭ – 2 мм/час

Общий анализ крови

Эритроциты – $3,8 \cdot 10^{12}$ /л

Гемоглобин – 130 г/л

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

Общий анализ крови

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

Кровь на толстую каплю на менингококк

Кокки – внеклеточные и внутриклеточные – в умеренном количестве

Общий анализ крови

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

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – положительный

HBsAg – отрицательный
Anti-HBc IgM - отрицательный
Anti-HCV total – отрицательный
Anti-HDV IgG – отрицательный

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

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

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

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

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный
Anti-HEV IgM – отрицательный
HBsAg – отрицательный

HBe Ag - отрицательный
Anti-HBcIgM - отрицательный
Anti-HCVtotal – **положительный**
Anti-HDVIGG – отрицательный

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAVIgM – отрицательный
Anti-HEVIgM – отрицательный
HBsAg – **положительный**
HBeAg - отрицательный
Anti-HBcIgM - отрицательный
Anti-HCVtotal– отрицательный
Anti-HDVIGM – **положительный**

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAVIgM – отрицательный
Anti-HEVIgM – **положительный**
HBsAg – отрицательный
HBe Ag - отрицательный
Anti-HBcIgM - отрицательный
Anti-HCVtotal– отрицательный
Anti-HDVIGM – отрицательный

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAVIgM – **положительный**
Anti-HAVIgG – **положительный**
Anti-HEVIgM – отрицательный
HBsAg – **положительный**
HBe Ag - отрицательный
Anti-HBcIgM - отрицательный

Anti-HCVtotal– отрицательный

Anti-HDVlgM– отрицательный

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAVlgM – отрицательный

Anti-HAVlgG – **положительный**

Anti-HEVlgM -отрицательный

HBsAg – отрицательный

HBe Ag - отрицательный

Anti-HBcIgM - отрицательный

Anti-HCVtotal– отрицательный

Anti-HDVlgM – отрицательный

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HAV IgG – **положительный**

Anti-HEV IgM -отрицательный

HBs Ag – **положительный**

HBe Ag -**положительный**

Anti-HBc IgM -**положительный**

Anti-HCV total– отрицательный

Anti-HDV IgM – **положительный**

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HAV IgG – **положительный**

Anti-HEV IgM – отрицательный

HBsAg – **положительный**

HBeAg – **положительный**

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

Копрограмма

Консистенция – кашецеобразная
Форма – не оформленный
Цвет – зеленый
Слизь – имеется
Кровь – прожилки
Слизь - +++
Бактерии - +
Лейкоциты – 25-30 в п/з
Эритроциты – 30-35 в п/з
Макрофаги - ++
Простейшие – не обнаружены
Яйца глистов – не обнаружены

Посев кала

Sh. Flexneri 2a

Копрограмма

Консистенция – жидкая
Форма – не оформленный
Цвет – коричневый
Слизь – имеется
Крахмал - ++
Слизь - +++
Лейкоциты – 19 – 22 в п/з
Эритроциты – 2-4 в п/з

Простейшие – не обнаружены
Яйца глистов – не обнаружены

Посев кала

E.coli O25:K11

Копрограмма

Консистенция – жидкая
Форма – не оформленный
Цвет – коричневый
Слизь – имеется
Кровь – прожилки
Слизь - ++++
Бактерии - ++
Лейкоциты – сплошь
Эритроциты – большое количество
Макрофаги - ++
Простейшие – не обнаружены
Яйца глистов – не обнаружены

Копрограмма

Консистенция – жидкая
Форма – не оформленный
Цвет – коричневый
Слизь – имеется
Крахмал - ++
Слизь - +++
Лейкоциты – 25 – 35 в п/з
Эритроциты – 2-4-8 в п/з
Простейшие – не обнаружены
Яйца глистов – яйца аскарид

Анализ кала (копрология)

Консистенция - кашецеобразная

Форма – не оформлен

Цвет – желтый

Слизь - имеется

Жир нейтральный +

Жирные кислоты +

Растительная клетчатка переваренная + не переваренная +

Крахмал +

Йодофильная флора ++

Слизь ++

Лейкоциты – 25 – 70 -33 в п/з

Эритроциты – 2-3 в п/з

Простейшие - не обнаружены

Яйца глистов - не обнаружены

Дрожжевые грибы ++

Анализ мочи

Количество – 50,0 мл

Относительная плотность – 1025

Цвет – с/желтый

Прозрачность – не полная

Реакция – с/кислая

Белок – следы

Глюкоза – отрицательная

Кетоновые тела – отрицательные

Эпителий плоский – 4-6 в п/з

Переходный – 1-2 в п/з

Почечный – 3-4 в п/з

Лейкоциты – 4-5-7-8 в п/з

Эритроциты не измененные – 0-1 в п/з

Слизь - +

Соли – моч.кислоты +

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – серый

Прозрачность – мутный

Цитоз – не поддается счету

Белок – 1,6 г/л

Р. Ноне-Аппельта - +++

Р. Панди - ++++

Сегментоядерные – 94%

Палочкоядерные – 1%

Лимфоциты – 5%

Ликвор на сахар хлориды

Сахар – 1,3 ммоль/л

Хлориды – 108 ммоль/л

Бактериологический анализ ликвора

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

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – серый

Прозрачность – мутный

Цитоз – не поддается счету

Белок – 2,64 г/л

Р. Ноне-Аппельта - +++

Р. Панди - ++++

Сегментоядерные – 91%

Палочкоядерные – 5%

Лимфоциты – 4%

Встречаются эритроциты

Сахар – 1,59 ммоль/л

Хлориды – 98,0 ммоль/л

Бактериологический анализ ликвора

Vinax NOW (*Streptococcus pneumoniae*) – положительная

Латексагглютинация (*Streptococcus pneumoniae*) – положительная

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – серый

Прозрачность – мутный

Цитоз – не поддается счету

Белок – 4,24 г/л

Р. Ноне-Аппельта - +++

Р. Панди - ++++

Сегментоядерные – 91%

Палочкоядерные – 5%

Лимфоциты – 4%

Сахар – 1,3 ммоль/л

Хлориды – 108,0 ммоль/л

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – бесцветный

Прозрачность – полная

Цитоз – 235

Белок – 0,79 г/л

Р. Ноне-Аппельта - ++

Р. Панди - ++

Сегментоядерные – 40%

Лимфоциты –60%
Сахар – 2,59 ммоль/л
Хлориды – 118,0 ммоль/л

Исследование спинномозговой жидкости

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

Исследование спинномозговой жидкости

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

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – бесцветный

Прозрачность – полная

Цитоз – 2

Белок – 0,006г/л

Р. Ноне-Аппельта - отр

Р. Панди-отр

Сегментоядерные –0%

Палочкоядерные – 0%

Лимфоциты –100%

Сахар – 3,1ммоль/л

Хлориды – 114,0 ммоль/л

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО.

(ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ)

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Кафедра инфекционных болезней им профессора А.И.Романенко

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

БОЛЬНОГО ____ (фамилия, имя и отчество) ____

Куратор: студент (ка) фамилия, имя, отчество, группа, курс, факультет, семестр.

Преподаватель: фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень,

Начало курации _____

Окончание курации _____

Отметка преподавателя о зачёте _____

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ:

1. Фамилия, имя, отчество.

2. Возраст (год, месяц, дата рождения).

3. Пол.

4. Место жительства.

5. Место работы.

6. Занимаемая должность.

7. Профессия, специальность.

8. Дата, время поступления в клинику.

9. Дата выписки из клиники.

10. Количество койко-дней.

11. Поступил в экстренном порядке, в плановом порядке.

12. Диагноз: а) направившего лечебного учреждения. б) при поступлении в клинику. в) клинический: * основное заболевание, * осложнение основного заболевания, * сопутствующее заболевание. г) окончательный: * основное заболевание, * осложнение основного заболевания, * сопутствующее заболевание.

13. Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть).

II. ЖАЛОБЫ: (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в настоящее время).

III. АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ (Anamnesis morbi). Выясняется начало заболевания. Проводится подробное описание течения и развития настоящего заболевания от первых его проявлений до обследования куратором. Описание симптомов и динамики процесса

производится в хронологическом порядке с указанием предполагаемых причин, вызвавших заболевание. Отмечается исходное состояние (фон), на котором развернулось данное заболевание, определяется последующий ход болезни, вплоть до момента обращения заболевшего за врачебной помощью. При хронических заболеваниях выясняется длительность болезни, частота обострений и причины их, самочувствие больного в период ремиссий. Указывается характер и продолжительность лечения до поступления в клинику, его эффективность. Если больной переведен из другого лечебного учреждения желательнее получить выписку из истории болезни.

IV. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

V. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (*Anamnesis vitae*). Отмечается состав семьи, каким по счету ребенком родился. Как проходило развитие в детстве, начало и как учился. Время наступления полового развития. Появление и характер, регулярность менструации у девочек. Жилищные условия, регулярность, полноценность питания. Вредные привычки родителей: курение, алкоголь, наркотики. Перенесенные ранее заболевания, травмы, операции, переливание крови и кровезаменителей. Посттрансфузионные реакции и осложнения. Переносимость лекарственных веществ. Наследственность, злокачественные новообразования, туберкулез, психические заболевания, вирусный гепатит, вирусоносительство СПИД.

VI. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

A. Объективное исследование общего состояния (*Status praesens communis*). Оно складывается из последовательно проводимых осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, принципы выполнения которых подробно описаны в учебниках по пропедевтике внутренних болезней. Объективное исследование начинают с оценки общего состояния больного.

Общее состояние. Оно бывает удовлетворительным, средней тяжести, тяжелым, крайне тяжелым. Телосложение: сильное, слабое, среднее по А.А. Богомолец. Положение больного: активное, пассивное, вынужденное (на боку, спине, с приведенными к животу ногами).

Сознание ясное (полное), затемненное, без сознания. Выражение лица обычное, страдальческое, маскообразное. Заостренные черты лица. Мимика. Глаза: блеск, движение глазных яблок, глазные симптомы. Рост. Вес. Кожа и видимые слизистые оболочки. Окраска кожи: нормальная (бледно-розовая), бледная, цианотичная, желтушная, серая (землистая). Пигментация кожи, ее локализация. Эластичность, тургор, сухость, влажность кожи. Патологические образования и их локализация: рубцы, бородавки, сыпи, расчёсы, шелушения, пролежни, опухоли и т.д.

Слизистые оболочки: цвет, влажность, налёт, высыпания, изъязвления и т.д. Волосы и ногти: цвет, облысение, выпадение, деформация ногтей и т.д.

Подкожная клетчатка. Развитие: выражена слабо, умеренно, чрезмерно. Отеки: локализация, распространение, выраженность, условия появления и исчезновения, слоновость.

Лимфатическая система. Пальпация подчелюстных, шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, локтевых, бедренных, паховых лимфатических узлов: величина, форма, плотность, болезненность, сращение между собой и окружающими тканями.

Мышцы. Гипертрофия, атрофия, тонус, болезненность, подергивания, судороги.

Кости. Деформация костей скелета: черепа, позвоночника, грудной клетки, плечевого пояса, верхних и нижних конечностей, таза. Длина конечностей. Суставы. Конфигурация, хруст, болезненность, подвижность, объем движений.

Шея. Наличие свищей, опухоли. Окружность в см. Прощупываемость и подвижность лимфатических узлов. Гортань: подвижность, свойства голоса. Щитовидная железа: смещение при глотании, консистенция и поверхность органа, болезненность, увеличение в размерах по степеням.

Грудная клетка, органы дыхания. Форма грудной клетки: нормальная, воронкообразная, бочкообразная, эмфизематозная. Состояние подкожной клетчатки: крепитация, отечность. Состояние надключичной и подключичной ямки, межреберья. Окружность грудной клетки на уровне сосков. Тип дыхания, ритм, глубина, частота в минуту, дыхание Чейн-Стокса, Кусмауля, Биота. Одышка: инспираторная, экспираторная, смешанная. Молочная железа: форма, размеры, объем, симметричность, состояние сосково-ареолярного комплекса. Пальпация: наличие уплотнений, опухоли, узлов, их размеры и локализация по квадрантам, болезненность, подвижность, сращения с кожей. Состояние регионарных лимфатических узлов. Выделения из соска: цвет, количество, характер. Осмотр и пальпацию молочных желез производят в вертикальном и горизонтальном положении пациентки, с опущенными и приподнятыми руками. Перкуссия грудной клетки: сравнительная перкуссия, границы легких. Перкуторный звук над легкими: ясный легочный, коробочный, металлический. Притупление легочного звука: границы, выраженность, локализация. Аускультация: дыхание везикулярное, бронхиальное, амфорическое, отсутствие дыхания; хрипы сухие и влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые). Шум трения плевры. Бронхофония, голосовое дрожание.

Органы кровообращения. Пульс: частота в минуту, ритмичность, напряжение, наполнение, выраженность на разных участках. Сравнение пульса на симметричных участках (например, на обеих лучевых артериях). Пульсация подвздошной, бедренной, подколенной, задней большеберцовой, тыльной артерии стопы. Сердце: верхушечный толчок, «сердечный горб». Пульсация в надчревьe, «кошачье мурлыканье». При перкуссии границы относительной и абсолютной тупости. Тоны сердца на типичных точках. Сердечные шумы. Вены: локализация расширения вен. Уплотнение, болезненность вен, особенно расширенных. Симптомы Троянова, Тределенбурга, Гаккенбруха, маршевая проба при расширении вен нижних конечностей.

Органы пищеварения. Рот, зубы, слизистая щеки, неба, десен. Полость рта: цвет, пигментация, изъязвления, рубцы, налет. Язык: влажный или сухой, чистый или обложен налетом (характер), цвет, трещины, язвы и т.д. Зев, миндалины: окраска, состояние слизистой, размеры, форма миндалин, наличие налета и т.д. Живот: форма, симметричность, выпячивание отдельных его участков. Подвижность брюшной стенки при дыхании. Видимая перистальтика кишечника. Симптом Валя. Кожные покровы: расширение подкожных вен, пигментация. Подкожная клетчатка: отек. Состояние пупка. Перкуссия живота: участки тимпанического звука, притупления, их локализация, выраженность. Пальпация живота: поверхностная и глубокая (скользящая) по Образцову-Стражеско. Чувствительность, тонус, защитное напряжение мышц брюшной стенки. Структура (дефекты, щели) брюшной стенки, границы и свойства пальпируемых органов. Выявление характерных объективных симптомов: Щеткина-Блюмберга, Воскресенского и другие. Состояние паховых, бедренных, пупочных колец, расхождение прямых мышц живота.

Область заднего прохода. При осмотре определяется состояние кожи, наличие трещин, свищей, наружных геморроидальных узлов, выпадения прямой кишки. При пальцевом исследовании определяется тонус сфинктера, болезненность при введении пальца,

наличие трещин, опухоли, скопления каловых масс в ампуле прямой кишки, внутренних геморроидальных узлов, воспалительных инфильтратов, состояние стенок прямой кишки, близлежащих органов (простаты, семенных пузырьков).

Мочеполовые органы. Осмотр поясницы. Симптом Пастернацкого (болезненность и появление гематурии при постукивании поясницы). Пальпация почек в положении на спине, на боку и в вертикальном положении: болезненность, прощупываемость, подвижность, величина. Наружные половые органы у мальчиков и юношей: развитие, опущение яичка. Бимануальное исследование у девочек (детским гинекологом).

Нервная система. Зрачки: реакция на свет (прямая и содружественная). Чувствительность кожи: гипо-, гипер-, анестезия, дермографизм (красный, белый, стойкий, нестойкий). Болезненность по ходу периферических нервов. Рефлексы: корнеальный, глоточный, брюшные, кремастера, подошвенный, коленный, ахиллов. Походка. Речь.

Б. Объективное исследование поражённого органа (системы) –локальный, или местный статус (Status localis). В этом разделе приводятся данные подробного исследования локализации патологического процесса, т.е. в этом разделе, например при локализации основного процесса на коже подробно описывается объективное исследование всей системы наружных покровов. Во избежание лишнего повторения, соответствующая система органов полностью переносится в локальный статус из раздела (А) общего объективного исследования.

VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ Дается полная формулировка основного заболевания, осложнения основного заболевания и сопутствующего заболевания. Предварительный диагноз выставляется в течение 4 ближайших часов (до 24 ч) от момента поступления в клинику.

VIII. ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В этом разделе приводится краткое описание результатов проведенных лабораторных и дополнительных методов исследования в хронологическом порядке.

IX. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ. Обоснование клинического диагноза проводится на основании жалоб больного, анамнеза болезни, жизни, характерных объективных симптомов в динамике, полученных результатов лабораторного и других дополнительных, специальных методов исследования. В этом разделе куратор постепенно, этап за этапом развертывает историю заболевания, объясняя каждый симптом болезни, устанавливая между ними логическую связь.

X. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ Проводится дифференциальный диагноз между настоящим заболеванием и сходными по клинической картине заболеваниями. При этом разбираются и определяются различия появления одинаковых субъективных и объективных признаков при настоящем и сходном заболевании.

XI. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ Говоря об этиологии заболевания, необходимо указывать только те причины, которые привели к развитию болезни у больного. Следует помнить, что куратор пишет историю болезни данного конкретного больного – он не должен переписывать сведения об этиологии того или иного заболевания из учебников, руководств и пособий. В разделе патогенез дается обобщающая картина механизма развития болезни у данного больного с указанием главных и второстепенных звеньев этого механизма, с документацией функционального состояния физиологических систем организма больного, с указанием механизма возникновения осложнений и предстоящего исхода болезни.

XII. ЛЕЧЕНИЕ Консервативное лечение: принципы лечения, лист назначений, обоснование каждого назначения. Лечение должно соответствовать медико-экономическому стандарту (МЭС).

XIII. ДНЕВНИК Дневник пишется ежедневно или несколько раз в день в зависимости от тяжести состояния больного. В нем отражается подробно динамика жалоб, объективного состояния и локального статуса больного в течение суток. Проводится обоснование назначения сильнодействующих и наркотических препаратов.

XIV. ЭПИКРИЗ Эпикриз бывает этапным, выписным, посмертным. Этапный эпикриз оформляется через каждые 10 дней пребывания больного в клинике, в нем отражается динамика заболевания за эти прошедшие дни, смена клинического диагноза, указывается необходимость в проведении дополнительных лечебно-диагностических мероприятий. При необходимости подписывается заместителем главного врача по экспертизе. При выписке оформляется выписной эпикриз с подробным указанием клинического диагноза, анамнеза заболевания, продолжительности лечения в клинике, результатов диагностических мероприятий, всех выполненных лечебных мероприятий, рекомендаций. Посмертный эпикриз оформляется при летальном исходе.

XV. ПРОГНОЗ Прогноз для жизни, здоровья и трудовой прогноз следует обосновать фактами, которые добываются наблюдениями за течением болезни, повторными лабораторными и инструментальными исследованиями больного в процессе лечения.

XVI. ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ Исходом заболевания может быть: выздоровление, улучшение, без изменений, смерть. При летальном исходе указать предположительную причину смерти.

XVII. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА Приводится список литературных источников, использованных при написании истории болезни: учебники, руководства, учебные пособия, монографии, журнальные статьи, лекции.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Технологическая карта дисциплины «Инфекционные болезни, фтизиатрия»

Курс 4, семестр 7, ЗЕ-3, отчетность-зачет.

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум (баллы)	Зачетный максимум (баллы)	График контроля
Модуль 1					
Кишечные инфекции, вирусные гепатиты, ОРИ.	Текущий	Тестирование; Курация больного (сбор анамнеза заболевания и эпид.анамнеза, общеклиническое обследование, анализ лабораторных исследований, тактика лечения) СРС: Доклад с презентацией; Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1балл.</i>	10	16	7 неделя
	Рубежный	Контрольная работа	4	8	
Модуль 2					
Воздушно-капельные инфекции и ООИ.	Текущий	Тестирование; Курация больного (сбор анамнеза заболевания и эпид.анамнеза, общеклиническое обследование, интерпретация лабораторных исследований, тактика лечения) СРС: Доклад с презентацией; Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1балл.</i>	9	16	13 неделя
	Рубежный	Контрольная работа	2	8	
Модуль 3					
Фтизиатрия	Текущий	Тестирование; Курация больного (сбор анамнеза заболевания и эпид.анамнеза, общеклиническое обследование, интерпретация лабораторных исследований, тактика лечения); СРС: Доклад с	9	14	18 неделя

		презентацией; Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1балл.</i>			
	Рубежный	Контрольная работа	4	8	
Всего за семестр			40	70	19 неделя
Промежуточный контроль (Зачет)	Теоретическое задание; Ситуационная задача; Интерпретация лабораторных исследований;		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

ПРИЛОЖЕНИЕ 7**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**
(текущий и промежуточный контроли)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ
ИНТЕРПРИТАЦИИ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Название метода лабораторного исследования	0-10
2	Знание нормальных показателей лабораторного исследования	0-20
3	Правильность прочтения результатов лабораторного исследования	0-70
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО -
(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Соблюдение инфекционного контроля (медицинская форма, обработка рук и др.)	0-5
2	Оценка коммуникативных навыков	0-10
3	Умение собрать анамнез (эпидемиологический, жизни, заболевания)	0-20
4	Проведение объективного обследования больного	0-20
5	Умение обосновать предварительный диагноз	0-15
6	Умение назначить необходимые лабораторные и инструментальные методы диагностики	0-15
7	Оценка тактики лечения	0-15
Всего баллов		Сумма баллов

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 %).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		10
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1	Соответствие темы	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) во вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10

3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		25
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛАД		15
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ	0-2
2	ЖАЛОБЫ (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в наст. время)	0-7
3	АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ	0-7
4	АНАМНЕЗ ЖИЗНИ	0-7
	ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ	0-7
5	ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:	0-8
	ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ	0-7
6	ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	0-7
7	КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ и ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА	0-10
8	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ	0-7
9	ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ	0-8
10	ЛЕЧЕНИЕ	0-9
13	ДВА ДНЕВНИКА В ДИНАМИКЕ	0-7
14	ЭПИКРИЗ и ПРОГНОЗ	0-7
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
(итоговый контроль по дисциплине)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.

2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

Оценкой (16-20 баллов) оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний;
- современную классификацию инфекционных заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики инфекционных заболеваний;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- показания к госпитализации при различных инфекционных заболеваниях;
- принципы диспансеризации больных;

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Оценкой (10-15 баллов) оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний;
- современную классификацию инфекционных заболеваний;
 - клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
 - основные принципы диагностики инфекционных заболеваний;
 - современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
 - методы лечения и показание к их применению;
 - основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
 - показания к госпитализации при различных инфекционных заболеваниях;
 - принципы диспансеризации больных;

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

Оценкой (5-10 баллов) оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний;
- современную классификацию инфекционных заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики инфекционных заболеваний;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- показания к госпитализации при различных инфекционных заболеваниях;
- принципы диспансеризации больных;

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Оценкой (1-4 баллов) оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (задача и интерпретация лабораторных исследований) учитываются следующие критерии:

Оценкой (8-10 баллов) оценивается ответ, при котором студент:

- владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- быстро находит в задаче данные эпидемиологического анамнеза у больного с инфекционной патологией;
- выделяет самостоятельно ведущие синдромы из данных объективного обследования пациента;
- умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и знает физиологическую норму;
- грамотно формулирует клинический диагноз, согласно классификации;
- правильно назначает дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования;

- правильно выбирает тактику лечения;

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Оценкой (4-7 баллов) оценивается ответ, при котором студент:

- умеет ставить постановку проблемы собственными словами;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- не очень быстро находит в задаче данные эпидемиологического анамнеза у больного с инфекционной патологией;
- выделяет не все ведущие синдромы из данных объективного обследования пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз;
- не совсем правильно дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования;
- правильно выбирает тактику лечения;

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Оценкой (1-3 балла) оценивается ответ, при котором студент

- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;
- медленно находит в задаче данные эпидемиологического анамнеза у больного с инфекционной патологией;
- не достаточно хорошо выделяет ведущие синдромы из данных объективного обследования пациента;
- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз;
- не совсем правильно назначает дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования;
- неправильно выбирает тактику лечения.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Оценкой (0 баллов) оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу и интерпретировать лабораторные исследования.