

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет

УТВЕРЖДАЮ



Инфекционные болезни

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Инфекционных болезней**

Учебный план 31050250_14_56ПД.plx
31.05.02 Педиатрия

Квалификация **Специалист**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **4 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 144

в том числе:

аудиторные занятия 72

самостоятельная работа 54

экзамены 18

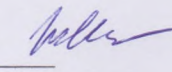
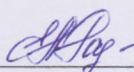
Виды контроля в семестрах:
экзамены 9

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>. <Семес- тр на курсе>)	9 (5.1)		Итого	
Неделя	18			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	18	18	18	18
Практические	54	54	54	54
Итого ауд.	72	72	72	72
Контактная	72	72	72	72
Сам. работа	54	54	54	54
Часы на	18	18	18	18
Итого	144	144	144	144

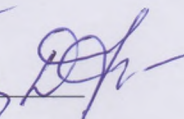
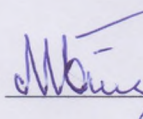
Программу составил(и):

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



Рецензент(ы):

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



Рабочая программа дисциплины

Инфекционные болезни

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (приказ Минобрнауки России от 17.08.2015г. №853)

составлена на основании учебного плана:

31.05.02 Педиатрия

утвержденного учёным советом вуза от 29.08.2014 протокол № 1.

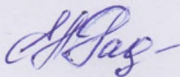
Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Инфекционных болезней

Протокол от 13 июня 2014 г. № 11

Срок действия программы: 2014-2020 уч.г.

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



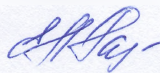
Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

16 ноября 2016 г. 

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

Протокол от 29 августа 2016 г. № 1
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

14 октября 2017 г. 

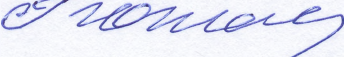
Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Инфекционных болезней

Протокол от 28 августа 2017 г. № 1
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

12 октября 2018 г. 

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

Протокол от 01.10.2018 2018 г. № 11
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

Протокол от 29 августа 2019 г. № 1
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:		Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Эпидемиология	
2.1.2	Патофизиология, клиническая патофизиология	
2.1.3	Пропедевтика внутренних болезней	
2.1.4	Микробиология, вирусология	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Поликлиническая терапия	
2.2.2	Дерматовенерология	
2.2.3	Фтизиатрия	

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

ПК-6: способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.

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 формах в соответствии с МКБ-10
Уровень 3	Навыками обоснования клинического диагноза в соответствии с МКБ-10

ПК-8: способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами**Знать:**

Уровень 1	Специфику сбора анамнеза инфекционного больного
Уровень 2	Основные клинические проявления нозологических форм инфекционной патологии.
Уровень 3	Основные принципы лечения и реабилитации при инфекционной патологии.

Уметь:

Уровень 1	Собрать анамнез и составить план лабораторно-инструментального обследования.
Уровень 2	Интерпретировать результаты обследования инфекционного больного.
Уровень 3	Разработать план лечения и реабилитации инфекционного больного.

Владеть:

Уровень 1	Методами физикального обследования (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) инфекционного больного.
Уровень 2	Навыком обоснования клинического диагноза инфекционного больного.
Уровень 3	Навыками этиотропной, патогенетической и специфической терапии при инфекционной патологии.

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.	Примечание
	Раздел 1. Кишечные инфекции						
1.1	Брюшной тиф. Паратифы А и В /Лек/	9	2	ПК-8 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.2	Брюшной тиф. Паратифы А и В /Пр/	9	3	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.3	Сальмонеллез. Пищевые токсикоинфекции /Пр/	9	3	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.4	Холера /Лек/	9	2	ПК-8 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.5	Холера /Пр/	9	3	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	

1.6	Дизентерия /Пр/	9	3	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.7	Ботулизм /Лек/	9	2	ПК-8 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.8	Ботулизм. /Пр/	9	3	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.9	Кишечный иерсиниоз. Псевдотуберкулез. /Пр/	9	3	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
Раздел 2. Вирусные гепатиты							
2.1	Вирусные гепатиты А и Е /Пр/	9	3	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.2 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.2	Вирусные гепатиты В и D /Лек/	9	2	ПК-8 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л2.2 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.3	Вирусные гепатиты В и D /Пр/	9	3	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.2 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.4	Вирусный гепатит С. Фульминантные формы гепатитов. /Пр/	9	3	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.2 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
Раздел 3. Трансмиссивные инфекции и бактериозы							
3.1	Менингококковая инфекция. /Лек/	9	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.2	Менингококковая инфекция. /Пр/	9	3	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.3	Рожь /Лек/	9	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.4	Рожь. Лептоспироз. /Пр/	9	3	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.5	Бруцеллез /Пр/	9	3	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.6	Эпидемический сыпной тиф. Болезнь Брилла. /Пр/	9	3	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.7	Клещевой энцефалит. Лихорадка Ку. /Пр/	9	3	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.8	Малярия /Лек/	9	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	

3.9	Малярия /Пр/	9	3	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.10	Фелиноз /Ср/	9	6	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.11	Содоку /Ср/	9	6	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.12	Бешенство /Ср/	9	6	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.13	Столбняк /Ср/	9	6	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.14	Орнитоз /Ср/	9	6	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.15	Эризипелоид /Ср/	9	6	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.16	Болезнь Лайма /Ср/	9	6	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
Раздел 4. Особо опасные инфекции							
4.1	Чума. /Пр/	9	3	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	2	Применение индивидуальных средств защиты (противочумный костюм)
4.2	Сибирская язва. /Лек/	9	2	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.3	Сибирская язва. Туляремия. /Пр/	9	3	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.2 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.4	Геморрагические лихорадки. /Лек/	9	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.5	Геморрагические лихорадки. /Пр/	9	3	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	2	Презентации
4.6	Натуральная оспа /Ср/	9	6	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.7	Лепра /Ср/	9	6	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.8	/КрЭж/	9	0,5	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.9	/Экзамен/	9	17,5		Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	

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	
1. Какое сочетание симптомов характерно для холеры? a) Обильный водянистый стул без запаха, отсутствие болей в животе, тошноты; b) Тошнота, рвота; c) Водянистый зловонный стул; d) Жидкий, зеленоватой окраски стул, диффузные боли в животе. 2. Укажите один из механизмов диарейного синдрома, характерный для всех острых кишечных диарейных заболеваний: a) Инвазия возбудителя в энтероциты; b) Попадание возбудителя в кровь; c) Воздействие токсинов на аденилатцикласную систему; d) Внедрение возбудителя в подслизистую основу кишечника. 3. Укажите антибиотик для лечения холеры: a) Тетрацилин; b) Пенициллин; c) Стрептомицин; d) Цефтриаксон. 4. Какая сыпь является наиболее характерной для брюшного тифа? a) петехиальная; b) папулезная; c) везикулезная; d) розеолезная; e) пустулезная. 5. При брюшнотифозном перфоративном перитоните можно добиться выздоровления, если оперативное лечение применяется: a) до 6 часов после перфорации; b) от 7 до 12 часов после перфорации; c) от 12 до 24 часов после перфорации; d) от 24 до 48 часов после перфорации; e) от 48 до 72 часов после перфорации; 6. Основными методами лабораторной диагностики брюшного тифа являются следующие, кроме: a) посев крови; b) посев мочи; c) посев кала; d) реакция Видаля; e) посев ликвора. 7. Шигеллез относится к группе: a) энтеропатогенных кишечных инфекций; b) энтеротоксигенных кишечных инфекций; c) энтероинвазивных кишечных инфекций; d) персистирующей диареи; e) секреторной диареи. 8. Наиболее тяжело протекает шигеллез, вызванный: a) шигеллами Флекснера; b) шигеллами Зонне; c) шигеллами Бойда; d) шигеллами Григорьева-Шига; e) шигеллами Ладжа-Сакса.	

9. Для шигеллезов характерны следующие признаки, кроме:

- лихорадка;
- интоксикация;
- схваткообразные боли в животе;
- опоясывающие боли в животе;
- частый жидкий стул со слизью и прожилками крови.

10. При шигеллезе наиболее характерна следующая картина периферической крови:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (Текущий и промежуточный контроль)

Задачи согласно тематике раздела в ПРИЛОЖЕНИИ 3.

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.

- Обоснуйте клинический диагноз и определите степень обезвоживания.
- Какие меры следует предпринимать при выявлении больного холерой?
- Назначьте регидратационную терапию (вес больного до болезни 70 кг).
- Какие исследования следует произвести в отделении интенсивной терапии для уточнения диагноза, оценки тяжести болезни и адекватности терапии? У больного установлены такие показатели КОС: pH -7,32; 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 «Кварта соль» или «Хлосоль» в течение 30 минут, а затем со скоростью 70 мл/мин в объеме 7 литров. Далее, каждые 2 часа определяют объем продолжающихся потерь жидкости, возмещая его внутривенным капельным вливанием солевых растворов с коррекцией потерь ионов калия и с учетом лабораторных показателей КЩС, электролитов, гематокрита, относительной плотности плазмы и др. Параллельно назначается этиотропное лечение – Ципрокс 500мг в/в капельно 2 раза в сутки в течение 5 дней или доксициклин 200 мг/сут-5 дней.

4. Для уточнения диагноза следует сделать посев рвотных масс и испражнений на 1% пептонный бульон, а так же ускоренный метод иммобилизации вибрионов холерной О-сывороткой с последующей микроскопией в темном поле. Указанные лабораторные данные соответствуют третьей степени обезвоживания. Проведенную терапию нельзя назвать адекватной.

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, выставяет 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. Фелиноз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
2. Содоку. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
3. Бешенство. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
4. Столбняк. Этиология, эпидемиология, 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. Эризипеллоид, этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
9. Орнитоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.

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. (Острые кишечные инфекции)

Билет №1

1. Патогенез брюшного тифа.
2. Клиника ротавирусного гастроэнтерита.
3. Лечение ботулизма.
4. Этиология и эпидемиология иерсиниозов.

Билет №2

1. Патоморфологические изменения в лимфоидном аппарате тонкого кишечника при брюшном тифе.
2. Клиника холеры, обезвоживания II ст.
3. Лечение иерсиниоза.
4. Этиология и эпидемиология дизентерии.

Билет №3

1. Классификация брюшного тифа.
2. Клиника типичной формы дизентерии.
3. Лечение холеры (патогенетическое и этиотропное).
4. Этиология и эпидемиология сальмонеллеза.

Билет №4

1. Диагностика брюшного тифа (лабораторная)
2. Клиника холеры, обезвоживания III ст.
3. Лечение типичной формы дизентерии.
4. Этиология и эпидемиология ботулизма.

Билет №5

1. Клиника начального периода брюшного тифа.
2. Диагностика холеры (лабораторная).
3. Патогенез ботулизма.
4. Этиология и эпидемиология амебиаза.

Билет №6

1. Клиника периода разгара брюшного тифа.
2. Патогенез холеры.
3. Классификация дизентерии.
4. Введение противоботулинической сыворотки по методу Безредко.

Билет №7

1. Лечение брюшного тифа.
2. Клиника пищевого ботулизма.
3. Вторично очаговые формы иерсиниоза, клиника, прогноз.
4. Классификация амебиаза.

Билет №8

1. Условия выписки при брюшном тифе.
2. Клиника атипичной формы дизентерии.
3. Классификация ботулизма.
4. Этиология и эпидемиология Холеры.

Билет №9

1. Особенности течения брюшного тифа у детей до 3 лет.
2. Клиника псевдотуберкулеза.
3. Патогенез сальмонеллеза.
4. Лечение ПТИ.

Билет №10

1. Особенности течения паратифа А.
2. Клинико-эпидемиологическая характеристика ПТИ.
3. Патогенез дизентерии.
4. Лечение сальмонеллеза.

Билет №11

1. Особенности течения паратифа В.
2. Глазные симптомы при ботулизме.
3. Диагностика сальмонеллеза (лабораторная).
4. Лечение дизентерии.

Билет №12

1. Классификация сальмонеллеза.
2. Клиника кишечного иерсиниоза.
3. Профилактика ПТИ.
4. Лечение ботулизма.

Билет №13

1. Клиника гастроинтестинальной формы сальмонеллеза.
2. Патогенетическое лечение холеры.
3. Этиология и эпидемиология брюшного тифа.
4. Клиника кишечного амебиаза.

Контрольная работа №2. (Вирусные гепатиты)

Билет №1

1. Эпидемиология ВГА.
2. Строение вируса гепатита В.
3. Лечение гепатита С.
4. Особенности течения ВГЕ у беременных и детей до года..

Билет №2

1. Классификация ВГА.
2. Маркеры острого ВГВ
3. Лечение ХВГС.
4. Особенности течения ВГЕ у беременных и детей.

Билет №3

1. Маркеры ОВГВ с дельта - агентом.
2. Патогенез ВГС.
3. Лечение ВГЕ.
4. Этиология и эпидемиология ВГА.

Билет №4

1. Клинико-лабораторная диагностика ВГА.
2. Классификация ВГВ.
3. Маркеры ХВГВ с дельта - агентом.
4. Диета стол №5.

Билет №5

1. Патогенез ВГВ.
2. Биохимические изменения в крови при вирусных гепатитах (билирубин, трансаминазы, тимоловая проба, сулемовая проба, щелочная фосфатаза, протромбиновый индекс, общий белок).
3. Маркеры ВГЕ.
4. Клиника преджелтушного периода при ВГА.

Билет №6

1. Антигенная структура вируса гепатита В.
2. Особенности вируса гепатита С.
3. Клиника ОВГВ с дельта - агентом.
4. Фульминантная форма вирусного гепатита.

Билет №7

1. Маркеры выздоровления при ВГВ.
2. Клиника желтушного периода при ВГА.
3. Этиология ВГС.
4. Профилактика ВГВ.

Билет №8

1. Прогрессирующее течение ВГВ, его признаки.
2. Эпидемиология ВГД.
3. Критерии тяжести вирусных гепатитов.
4. Лечение острого ВГС.

Билет №9

1. Этиология и эпидемиология ВГА.
2. Маркеры ОВГВ.
3. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная диагностика вирусных гепатитов.
4. Базисная терапия при вирусных гепатитах.

Билет №10

1. Отличие клиники ВГЕ от клиники ВГА.
2. Исходы ВГВ.
3. Эпидемиология парентеральных гепатитов.
4. Диагностика ВГС.

Билет №11

1. Маркеры ОВГВ.
2. Клиника ВГА.
3. Эпидемиология ВГС.
4. Лечение фульминантной формы ВГВ.

Билет №12

1. Этиология и эпидемиология ВГЕ.
2. Клиника ВГД (ко-инфекция).
3. Маркеры выздоровления ВГВ.
4. Базисная терапия при вирусных гепатитах.

Контрольная работа №3 (Трансмиссивные инфекции и бактериозы).

Билет №1

1. Этиология и эпидемиология бруцеллеза.
2. Диагностика и лечение менингококкового назофарингита.
3. Клиника менингеальной формы клещевого энцефалита.
4. Лечение лихорадки Ку.

Билет №2

1. Лечение первичной рожи.
2. Клиника менингококкового менингита.
3. Лечение клещевого энцефалита.
4. Диагностика лептоспироза.

Билет №3

1. Классификация менингококковой инфекции.
2. Этиология и эпидемиология рожи.
3. Диагностика клещевого энцефалита.
4. Клинические проявления хронического бруцеллеза.

Билет №4

1. Осложнения менингококковой инфекции.
2. Клиника трехдневной малярии.
3. Этиология и эпидемиология клещевого энцефалита.
4. Лечение острого бруцеллеза.

Билет №5

1. Сравнительная характеристика нормального ликвора и ликвора при менингококковом менингите.
2. Лечение рецидивирующей рожи.
3. Классификация клещевого энцефалита.
4. Диагностика малярии.

Билет №6

1. Диагностика бруцеллеза.
2. Условия отмены антибактериальной терапии при менингококковом менингите.
3. Клиника лихорадочной формы клещевого энцефалита.
4. Этиология и эпидемиология сыпного тифа.

Билет №7

1. Осложнения тропической малярии.
2. Лечение смешанной формы менингококковой инфекции.
3. Клиника энцефалитической формы клещевого энцефалита.
4. Диагностика и лечение болезни Брилла.

Билет №8

1. Этиология и эпидемиология менингококковой инфекции.
2. Лечение лихорадки Ку.
3. Клиника тропической малярии.
4. Классификация рожи.

Билет №9

1. Клиника периода разгара сыпного тифа.
2. Лечение менингококкового менингита.
3. Клиника полиомиелитической формы клещевого энцефалита.
4. Этиология и эпидемиология лептоспироза.

Билет №10

1. Клиника менингококкемии.
2. Лечение малярии.
3. Профилактика клещевого энцефалита.
4. Осложнения сыпного тифа.

Билет №11

1. Осложнения рожи.
2. Лечение лептоспироза.
3. Клиника острого бруцеллеза.
4. Диагностика и лечение болезни Брилла.

Билет №12

1. Этиология и эпидемиология малярии.
2. Лечение хронического бруцеллеза.
3. Клиника эритематозной формы рожи.
4. Клиника лептоспироза, критерии тяжести.

Контрольная работа №4 (Особо опасные инфекции).

Билет №1

1. Этиология и эпидемиология чумы.
2. Клиника кожной формы сибирской язвы.
3. Клиника омской геморрагической лихорадки.

Билет №2

1. Стадии эпидемиологического процесса по чуме.
2. Клиника легочной и кишечной форм сибирской язвы.
3. Дифференциальная диагностика кожно-бубонных форм туляремии и чумы.

Билет №3

1. Патогенез чумы
2. Этиология и эпидемиология сибирской язвы.
3. Клиника генерализованной формы туляремии.

Билет №4

1. Клинические проявления кожной формы чумы.
2. Патогенез сибирской язвы.
3. Клиника абдоминальной и легочной форм туляремии.

Билет №5

1. Клинические проявления кожно-бубонной формы чумы.
2. Диагностика сибирской язвы.

3. Клиника ангинозо-бубонной формы туляремии.

Билет №6

1. Клинические проявления бубонной формы чумы.
2. Лечение сибирской язвы.
3. Клиника глазо-бубонной формы туляремии.

Билет №7

1. Клиника первично-септической формы чумы.
2. Профилактика сибирской язвы.
3. Клиника кожно-бубонной формы туляремии.

Билет №8

1. Диагностика чумы.
2. Этиология и эпидемиология ГЛПС.
3. Классификация клинических форм туляремии.

Билет №9

1. Принципы лечения больных чумой.
2. Патогенез ГЛПС.
3. Патогенез туляремии.

Билет №10

1. Профилактика чумы.
2. Клиника ГЛПС.
3. Лечение туляремии.

Билет №11

1. Клиника легочной формы чумы.
2. Принципы лечения геморрагических лихорадок.
3. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная диагностика туляремии.

Билет №12

1. Профилактика чумы.
2. Клиника КГЛ.
3. Этиология и эпидемиология туляремии.

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	Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К.	Инфекционные болезни и эпидемиология: Учеб.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007
Л1.2	Учайкин В.Ф.	Руководство по инфекционным болезням у детей: Учебное пособие	М.: ГЭОТАР-МЕД 2002
Л1.3	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
--	---------------------	----------	-------------------

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

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Д.О. Куватова, А.И. Романенко, Д.Б. Алымбаева, М.М. Абдикеримов, К.М. Искаков	Неотложные состояния при острых кишечных инфекциях у детей: патогенез, клиника, лечение: Учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов	2009
Л3.2	Жолдошев С.Т., Абдикеримов М.М., Романенко А.И., Айкулуев Н.С., Куватова Д.О.	Сибирская язва: Методические рекомендации	Бишкек: Изд-во КРСУ 2009

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 КРСУ 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 компьютер, 1 ноутбук, мультимедийный проектор, проекционный экран, МФУ (принтер, сканер, ксерокс), выход в интернет, телефон, фотоаппарат.
7.4	Наглядные пособия: учебные стенды (7), учебные таблицы (30), слайды (270), фотоальбомы (8), видеофильмы (12), учебные истории болезни (14).
7.5	Презентации лекций по всем темам лекционного курса (Power Point -27 шт.)
7.6	Компьютерные классы (корпус 11 на ул. Л.Толстого, ауд. 4/12,4/15) с выходом в сеть Интернет для выполнения СРС, ознакомления с интернет-источниками, видео-материалами.
7.7	Для проведения интерактивного обучения обеспечен доступ 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)

Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 6.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

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.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на экзамены и зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт 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).

Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации больного студентами в течении семестра.

Оценка промежуточного контроля:

- 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)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

- 1) Организационный этап занятия (время – до 2%):
 - а) переключки;
 - 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%):
 - 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%):
 - 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, отрабатывается 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) отрабатываются 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.
- Распространённая 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 шрифтом 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: pH - 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 тяжелой, 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 доксициклин 200 мг/сут-5 дней.

4. Для уточнения диагноза следует сделать посев рвотных масс и испражнений на 1% пептонный бульон, а так же ускоренный метод иммобилизации вибрионов холерной О-сывороткой с последующей микроскопией в темном поле. Указанные лабораторные данные соответствуют третьей степени обезвоживания. Проведенную терапию нельзя назвать адекватной.

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:

9 семестр

1. Брюшной тиф. Этиология и эпидемиология. Патогенез и патанатомия брюшного тифа.
2. Брюшной тиф. Классификация брюшного тифа. Клиника типичной формы. Лабораторная диагностика и этиотропная терапия брюшного тифа.
3. Брюшной тиф. Лечение, условия выписки, принципы диспансеризации реконвалесцентов.
4. Брюшной тиф. Кишечные осложнения, клиника, лечение.
5. Этиология и эпидемиология паратифа А. Особенности течения паратифа А. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
6. Этиология и эпидемиология паратифа В. Особенности течения паратифа В. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
7. Сальмонеллез. Этиология и эпидемиология. Патогенез. Классификация сальмонеллеза.
8. Сальмонеллез. Клиника гастроинтестинальной формы. Диагностика. Лечение. Профилактика.
9. Сальмонеллез. Клиника генерализованных форм. Диагностика. Лечение. Профилактика.
10. Сальмонеллез. Бактерионосительство реконвалесцентное и транзитное. Диагностика. Лечение. Профилактика.
11. Пищевые токсикоинфекции. Этиология. Роль условно-патогенных бактерий в возникновении токсикоинфекций. Эпидемиология. Роль различных пищевых продуктов в передаче токсикоинфекций.
12. Пищевые токсикоинфекции. Патогенетические механизмы диареи, общетоксического синдрома, сердечно-сосудистых расстройств. Клиника: варианты течения, критерии тяжести.
13. Пищевые токсикоинфекции. Особенности клиники ПТИ, вызванных различными возбудителями. Осложнения. Прогноз. Дифференциальный диагноз.
14. Пищевые токсикоинфекции. Регидратационная и дезинтоксикационная терапия. Тактика врача в отношении антибактериальной терапии. Профилактика.
15. Холера. Этиология. Эндемичные очаги холеры в мире. Эпидемиология. Патогенез нарушений водно-электролитного баланса. Классификация холеры.
16. Холера. Клиника типичной формы. Классификация обезвоживания по Покровскому. Диагностика. Принципы патогенетической терапии с учетом степени обезвоживания больного, этиотропное лечение.
17. Холера. Клиника гиповолемического шока. Средства и методы патогенетической терапии. Способы контроля за проводимой терапией. Антибактериальная терапия больных и бактерионосителей. Правила выписки. Профилактика.
18. Холера. Дифференциальная диагностика с сальмонеллезом. Лечение патогенетическое и этиотропное. Осложнения холеры.
19. Дизентерия. Этиология. Современная классификация шигелл. Эпидемиология. Оптимальные пути передачи для различных видов шигелл. Восприимчивость различных возрастных групп. Иммунизация.

20. Дизентерия. Патогенез. Роль инвазивных и токсигенных свойств возбудителя. Механизм развития колитического синдрома, характер поражения слизистой толстой кишки. Клиника типичной формы дизентерии.
21. Классификация дизентерии. Клиника различных вариантов острой дизентерии (типичной и атипичной). Бактерионосительство. Хроническая дизентерия. Прогноз.
22. Дизентерия. Диагностика и дифференциальный диагноз с амёбной дизентерией. Методы лабораторного и инструментального подтверждения диагноза. Эндоскопические методы исследования при дизентерии.
23. Дизентерия. Лечение. Тактика этиотропного лечения. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Правила выписки из стационара. Профилактика.
24. Кишечный иерсиниоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.
25. Клиника кишечного иерсиниоза. Диагноз и дифференциальный диагноз. Этиотропная и патогенетическая терапия. Профилактика.
26. Псевдотуберкулез. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Стадии развития патологического процесса: энтерита, лимфаденита, бактериемии и токсинемии, органных поражений. Значение сенсibilизации организма.
27. Псевдотуберкулез. Симптоматика и течение локализованных и генерализованных форм. Вторично-очаговые поражения. Диагностика. Этиотропное лечение, его
28. Ботулизм. Типы возбудителя и основные свойства. Источники инфекции и факторы передачи ботулизма. Патогенез, механизм поражения центральной и периферической нервной системы. Виды ботулизма.
29. Ботулизм. Клиника пищевого ботулизма. Критерии тяжести. Осложнения. Диагностика: значение эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.
30. Ботулизм. Клинические симптомы ботулизма младенцев. Диагностика. Лечение: специфическая терапия противоботулинической сывороткой, ее методика. Дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия.
31. Ботулизм. Клиника раневого ботулизма. Принципы лечения, методика введения Вирусный гепатит А. Этиология. Эпидемиология. Эпидемиологическое значение больных безжелтушными и субклиническими формами. Восприимчивость разных возрастных групп. Сезонность. Патогенез. Иммуитет.
32. 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.
33. Вирусный гепатит Е. Этиология. Особенности эпидемиологии. Клиника типичной формы. Диагностика и лечение.
34. Вирусный гепатит Е. Течение гепатита Е у беременных. Диагностика. Лечение. Ведение беременных с гепатитом Е. Прогноз.
35. Вирусный гепатит В. Этиология. Антигенное строение вируса. Эпидемиология. Восприимчивость. Группы риска. Иммуитет. Патогенез и патанотомия.
36. Вирусный гепатит В. Особенности патогенеза фульминантного гепатита и хронического гепатита. Клиника циклического течения гепатита, его клинические диагностические критерии.
37. Вирусный гепатит В. Варианты течения. Значение прогрессивного течения ВГВ. Критерии тяжести ВГВ. Острая печеночная энцефалопатия и ее стадии.

38. Вирусный гепатит В. Исходы и прогноз при ВГВ. Хронический ВГВ и его исходы. Диагностика.
39. Вирусный гепатит В. Базисная терапия. Патогенетическая терапия. Показания к противовирусной терапии. Терапевтическая тактика при хроническом вирусном гепатите.
40. Вирусный гепатит В. Профилактика. Диспансеризация.
41. Вирусный гепатит D. Этиология. Возбудитель и его облигатная связь с вирусом гепатита В. Эпидемиология. Источники и механизм передачи инфекции. Ко-инфекция. Суперинфекция.
42. Вирусный гепатит D. Патогенез. Потенцирование дельта-инфекцией патогенного эффекта вируса гепатита В. Непосредственное цитолитическое действие дельта-вируса на гепатоцит. Повторные репликации дельта-вируса и обострения болезни. Клиника ко-инфекции ВГВ+D, особенности течения, исходы, диагностика.
43. Вирусный гепатит D. Суперинфекция гепатита D. Особенности течения. Диагностика. Фульминантная форма. Прогноз.
44. Вирусный гепатит D. Ранние признаки хронизации гепатита. Исходы. Прогноз. Диагностика. Лечение.
45. Вирусный гепатит C. Этиология: отличительные особенности вируса. Эпидемиология: резервуар и источник инфекции, механизм передачи, восприимчивость, основные эпидемиологические признаки.
46. Вирусный гепатит C. Патогенез. Клиника. Исходы. Прогноз. Лабораторная диагностика острой фазы. Лечение.
47. Вирусный гепатит C. Лабораторная диагностика хронического гепатита C. Лечение. Эпидемиологический надзор. Профилактика.
48. Фульминантная форма вирусных гепатитов. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы и методы неотложной терапии острой печеночной недостаточности.
49. 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.
50. Чума. Классификация клинических форм. Клиника кожной, бубонной, форм чумы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
51. Чума. Клиника септической формы чумы. Диагностика. Этиотропная терапия, дозы антибиотиков и продолжительность лечения. Патогенетическая терапия. Правила выписки из стационара.
52. Чума. Клиника легочной формы чумы. Диагностика. Этиотропная терапия, дозы антибиотиков и продолжительность лечения. Патогенетическая терапия. Правила выписки из стационара.
53. Чума. Профилактика. Мероприятия в очаге. Изоляция больных и контактных лиц. Экстренная профилактика.
54. Туляремия. Этиология. Эпидемиология. Резервуары инфекции в природе. Патогенез. Определяющее значение входных ворот инфекции для клинического течения болезни.
55. Туляремия. Классификация. Клиническое течение различных форм болезни.
56. Туляремия. Осложнения. Исходы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

57. Сибирская язва. Этиология. Эпидемиология. Эпизоотическая и эпидемиологическая характеристика болезни. Патогенез. Определяющее значение входных ворот для развития различных форм болезни.
58. Сибирская язва. Классификация Клиническая характеристика кожной и септической форм болезни. Осложнения. Исходы. Прогноз.
59. Сибирская язва. Клиническая характеристика легочной и кишечной форм болезни. Диагностика.
60. Сибирская язва. Дифференциальный диагноз с кожно-бубонной формой чумы. Лечение. Специфический противосибиреязвенный гамма-глобулин, его использование. Антибактериальная терапия.
61. Сибирская язва. Профилактика. Комплекс медико-санитарных и ветеринарно-санитарных мероприятий. Дезинфекция в очаге болезни. Специфическая профилактика. Меры предупреждения профессиональных и бытовых заражений.
62. ГЛПС. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Механизм развития геморрагического синдрома, поражения почек, нервной системы. Значение аутоаллергии в патогенезе.
63. ГЛПС. Клиника. Цикличность заболевания. Геморрагический синдром. Почечный синдром. Осложнения. Исходы. Прогноз. Диагностика. Лечение.
64. Омская геморрагическая лихорадка. Этиология. Эпидемиология. Природные очаги. Переносчик. Источники инфекции. Механизм заражения. Сезонность. Патогенез и патологическая анатомия.
65. Омская геморрагическая лихорадка. Клиника. Основные проявления болезни. Геморрагический синдром. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Лечение.
66. Крымская геморрагическая лихорадка. Этиология. Эпидемиология Природные очаги. Переносчики. Источники инфекции. Механизм заражения. Сезонность. Патогенез и патологическая анатомия.
67. Крымская геморрагическая лихорадка. Клиника. Основные проявления болезни. Геморрагический синдром. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Лечение.
68. Натуральная оспа. Этиология. Основные свойства возбудителя. Эпидемиология. Основные эпидемиологические признаки. Патогенез.
69. Натуральная оспа. Клиника. Клинические формы инфекции. Осложнения. Исходы. Диагностика. Дифференциальная диагностика с ветряной оспой. Лечение. Профилактика.
70. Лепра. Морфологические и культуральные свойства возбудителя. Источник и пути инфицирования лепрой. Распространённость лепры в мире. Патогенез.
71. Лепра. Клинические проявления. Классификация Ридли-Джоплинга. Ранние и поздние проявления различных клинических форм лепры. Поражение периферической нервной системы. Стандарты диагностики. Лечение. Прогноз. Профилактика.
72. Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.
73. Менингококковая инфекция. Классификация. Менингококковый назофарингит, носительство. Диагностика. Лечение.
74. Менингококкцемия, клиника. Осложнения. Диагностика. Лечение.
75. Клиника менингококкового менингита, менингоэнцефалита. Осложнения. Диагностика. Лечение.
76. Менингококковая инфекция. Атипичные формы. Клиника неотложных синдромов: ИТШ, острая надпочечниковая недостаточность, отек и набухание мозга. Исходы. Прогноз.

77. Клещевой энцефалит. Этиология. Эпидемиология. Природные очаги в Кыргызстане. Резервуары вируса в природе. Механизм заражения. Сезонность. Патогенез.
78. Клещевой энцефалит. Классификация. Клиника лихорадочной формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
79. Клещевой энцефалит. Клиника менингеальной формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
80. Клещевой энцефалит. Клиника полиомиелитической и полирадикулоневритической форм. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
81. Клещевой энцефалит. Осложнения. Исходы. Диагностика. Применение противэнцефалитного донорского иммуноглобулина. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Профилактика. Специфическая профилактика.
82. Полиомиелит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия.
83. Бешенство. Этиология. Эпидемиология. Источник и резервуар вируса в природе. Пути заражения человека. Значение входных ворот. Патогенез поражение ЦНС. Клиника по стадиям заболевания.
84. Бешенство. Клиника по стадиям заболевания. Прогноз. Диагностика. Лечение. Специфическая профилактика. Применение антирабического гамма-глобулина. Показания к вакцинации и методика её проведения.
85. Столбняк. Этиология. Эпидемиология. Столбняк военного и мирного времени. Иммунитет. Патогенез. Механизм судорожного синдрома. Нарушения дыхания и метаболические расстройства. Клиника.
86. Столбняк. Классификация столбняка. Симптомокомплекс. Критерии тяжести. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Особенности специфической и этиотропной терапии. Противостолбнячная сыворотка, гамма-глобулин, анатоксин. Патогенетическая терапия. Профилактика осложнений. Профилактика плановая и экстренная.
87. Лептоспироз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Механизм развития интоксикационного и геморрагического синдромов. Классификация.
88. Лептоспироз. Клиническая симптоматика желтушной формы лептоспироза. Критерии тяжести. Диагностика. Лечение.
89. Лептоспироз. Клиническая симптоматика безжелтушной формы лептоспироза. Критерии тяжести. Диагностика. Лечение.
90. Лептоспироз. Острая почечная недостаточность. Дифференциальная диагностика. Антибактериальная терапия. Специфическая терапия. Патогенетическая терапия. Неотложная терапия при ОПН. Профилактика.
91. Рожа. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.
92. Рожа. Клиника эритематозной формы. Дифференциальная диагностика. Лечение первичной рожи. Противорецидивное лечение. Профилактические меры.
93. Рожа. Клиника эритематозно-буллезной формы. Дифференциальная диагностика. Лечение рецидивирующей рожи. Противорецидивное лечение. Профилактические меры.
94. Рожа. Клиника буллезно-геморрагической формы. Лечение. Противорецидивное лечение. Профилактические меры.
95. Орнитоз. Этиология. Эпидемиология. Контингенты повышенного риска заражения. Иммунитет. Сезонность. Патогенез, патологическая анатомия.
96. Орнитоз. Классификация. Инкубационный период. Основные симптомы и их динамика. Изменения со стороны органов дыхания. Особенности пневмонии при орнитозе.

97. Орнитоз. Поражения нервной системы. Хронические формы орнитоза. Осложнения, прогноз. Диагностика. Рентгенологическое выявление орнитозной пневмонии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Санитарно-ветеринарные мероприятия. Индивидуальная профилактика.
98. Содоку. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактические меры.
99. Эризипилоид. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактические меры.
100. Бруцеллез. Этиология. Основные виды бруцелл и их биологические свойства. Эпидемиология. Фазы патогенеза. Значение L-форм в патогенезе хронического бруцеллеза.
101. Бруцеллез. Классификация. Клиника острого бруцеллеза. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
102. Бруцеллез. Клиника хронического бруцеллеза. Изменения со стороны различных систем и органов. Последствия перенесенного бруцеллеза. Прогноз. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
103. Фелиноз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактические меры.
104. Малярия. Виды и свойства возбудителей малярии. Циклы развития паразитов в организме комара (спорогония) и человека (шизогония). Механизм развития приступа болезни.
105. Малярия. Особенности патогенеза тропической малярии и vivax малярии. Патогенез ранних и поздних рецидивов. Клиническая характеристика трехдневной малярии. Диагностика.
106. Малярия. Особенности течения четырехдневной малярии. Диагностика. Лечение. Профилактика малярии.
107. Малярия. Клиника и критерии тяжести течения тропической малярии. Диагностика. Лечение.
108. Малярия. Осложнения. Проявления инфекционно-токсического шока, малярийной комы, гемоглобинурийной лихорадки. Исходы. Лечение малярии и осложнений.
109. Эпидемический сыпной тиф. Этиология. Эпидемиология. Основные фазы патогенеза. Характер поражения сосудов и специфические поражения нервной системы.
110. Эпидемический сыпной тиф. Клиника: цикличность сыпного тифа, симптоматика раннего периода болезни, периодов разгара и реконвалесценции. Осложнения.
111. Эпидемический сыпной тиф. Диагностика. Лечение: этиотропная терапия, методы и средства патогенетической терапии, значение режима и ухода за больным. Профилактика осложнений.
112. Болезнь Брилла. Этиология. Эпидемиологические особенности болезни Брилла-Цинссера. Особенности течения болезни Брилла-Цинссера. Прогноз. Клинико-эпидемиологические критерии диагностики болезни Брилла-Цинссера.
113. Ку-лихорадка. Этиология. Эпидемиология. Патогенез, патологическая анатомия. Основные клинические проявления, частота и особенность поражения органов дыхания. Осложнения. Диагностика. Лечение.
114. Висцеральный лейшманиоз. Клинические проявления и классификация висцерального лейшманиоза. Периоды развития болезни. Основные синдромы острого периода, разгара

болезни и терминального периода. Методы лабораторной диагностики висцерального лейшманиоза. Лечение.

115. Кожный лейшманиоз. Клинические проявления и классификация кожного лейшманиоза. Особенности течения отдельных вариантов кожного лейшманиоза. Методы лабораторной диагностики кожного лейшманиоза. Лечение и профилактика.
116. Системный клещевой боррелиоз (болезнь Лайма). Этиология и эпидемиология, распространенность боррелиоза. Основные клинические проявления в разные периоды болезни. Лабораторная диагностика. Исходы. Лечение и профилактика.

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) плазмаферрез;
- e) оксигенотерапия.

Брюшной тиф вызывается только:

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

Источником инфекции при брюшном тифе являются:

- a) плотоядные животные;

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

Инкубационный период при брюшном тифе колеблется:

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

Характерными симптомами брюшного тифа являются следующие, кроме:

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

Какая сыпь является наиболее характерной для брюшного тифа?

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

Осложнениями брюшного тифа являются следующие, кроме:

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

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

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

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

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

Для выявления скрытого кишечного кровотечения при брюшном тифе ставится реакция:

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

Основными методами лабораторной диагностики брюшного тифа являются следующие, кроме:

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

Для лечения брюшного тифа применяются следующие антибиотики, кроме:

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

Для клинической картины паратифа а характерны следующие симптомы, кроме:

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

При брюшном тифе наиболее характерна следующая картина крови:

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

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

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

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

- а) посев кала, мочи, желчи;
- б) посев крови, мочи, кала;
- с) реакция Видаля.

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

- а) нарастание интоксикации;
- б) нарастание брадикардии;
- с) появление симптомов раздражения брюшины;
- д) нарастание сухости слизистых ротовой полости.

Продолжительность клинических проявлений «современного» брюшного тифа составляет:

- а) 1 неделя;
- б) 2-4 недели;
- с) 6-8 недель;
- д) 8-10 недель;
- е) 10-12 недель.

Начальный период брюшного тифа характеризуется следующими симптомокомплексами, кроме:

- а) нейротоксическим;
- б) бронхопульмональным;
- с) геморрагическим;
- д) абдоминальным;
- е) лихорадочным.

Больным тифо-паратифозными заболеваниями разрешается ходить:

- а) на 4-6 день нормальной температуры;
- б) на 7-8 день нормальной температуры;
- с) на 8-10 день нормальной температуры;
- д) на 11-12 день нормальной температуры;
- е) на 13-14 день нормальной температуры.

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

- а) на 1-2 день нормальной температуры;
- б) на 4-5 день нормальной температуры;
- с) на 5-7 день нормальной температуры;
- д) на 8-9 день нормальной температуры;
- е) на 10-12 день нормальной температуры.

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

- а) на 5,10,15 дни нормальной температуры;

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

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

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

Укажите сроки первичного появления сыпи при брюшном тифе:

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

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

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

Неверно по отношению к возбудителю иерсиниоза:

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

Неправильное утверждение при иерсиниозах:

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

Для клинической картины иерсиниозов не характерно:

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

Среди наиболее частых симптомов псевдотуберкулеза не наблюдается:

- a) обильная мелкоточечная сыпь;
- b) гиперемия кожи лица шеи, ладоней;
- c) артралгии;
- d) «меловой» язык;
- e) боли в илеоцекальной области.

Препаратом выбора для лечения больного псевдотуберкулезом является:

- a) пенициллин;
- b) доксициклин;
- c) стрептомицин;
- d) метронидазол;
- e) рифампицин.

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

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

Вызываемые стафилококком и протеем характеризуются следующими признаками, кроме:

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

При ПТИ верным является следующее утверждение, кроме:

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

При тяжелом течении ПТИ:

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

Возбудителями ПТИ, в основном, являются:

- а) шигеллы;
- б) сальмонеллы;
- с) УПБ;
- д) стрептококки;
- е) вирусы.

При ПТИ заболевание происходит при потреблении:

- а) конфет;
- б) варенья;
- с) творога;
- д) сырой воды.

При лечении ПТИ показано все, кроме:

- а) промывания желудка;
- б) высоких клизм;
- с) назначения антибиотиков;
- д) назначения гормонов;
- е) инфузионной терапии.

Основой лечения ПТИ является:

- а) антибиотикотерапия;
- б) химиотерапия;
- с) промывание желудка, клизмы;
- д) плазмоферрез;
- е) переливание кровезаменителей.

Для сальмонеллеза являются характерными следующие пути передачи инфекции за исключением:

- а) пищевой;
- б) контактно-бытовой;
- с) водный;
- д) воздушно-капельный;
- е) аэрогенный.

Для сальмонеллеза являются характерными следующие варианты течения за исключением:

- а) гастритический;
- б) гастроэнтеритический;
- с) гастроэнтероколитический;
- д) энтеритический;
- е) гемоколитический.

Для тифоподобного варианта течения сальмонеллеза характерны следующие симптомы, кроме:

- а) лихорадка;
- б) нарушение сна;

- с) эмоциональная подавленность;
- д) психомоторное возбуждение;
- е) тихий ночной бред.

Основой лечения гастроинтестинальных форм сальмонеллеза являются следующие препараты, кроме:

- а) антибиотики;
- б) кортикостероиды;
- с) инфузионная терапия;
- д) противорвотные средства;
- е) оральная регидратация.

Какие симптомы отличают генерализованную форму сальмонеллеза от локализованной?

- а) рвота;
- б) боли в животе;
- с) жидкий стул;
- д) гепатоспленомегалия.

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

- а) фуразолидон;
- б) ампициллин;
- с) левомицетин;
- д) ципрофлоксацин.

Укажите звено патогенеза, отличающее генерализованную форму сальмонеллеза от гастроинтестинальной:

- а) проникновение сальмонелл в слизистую оболочку тонкого кишечника;
- б) интоксикация;
- с) бактериемия;
- д) паренхиматозная диффузия возбудителя.

Какие синдромы обуславливают тяжесть течения сальмонеллеза?

- а) изотоническое обезвоживание;
- б) интоксикация;
- с) дегидратация в сочетании с интоксикацией.

Какие клинические симптомы характерны для гастроинтестинальной формы сальмонеллеза?

- а) тошнота, рвота, жидкий водянистый стул зеленоватого цвета, диффузные боли в животе, высокая температура;
- б) рвота без тошноты, без болей в животе, нормальная температура;
- с) схваткообразные боли в животе, скудный стул, высокая температура;
- д) 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.

Какое сочетание симптомов характерно для холеры?

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

Какое звено патогенеза определяет тяжесть течения холеры?

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

Укажите симптом, не являющийся признаком декомпенсированного обезвоживания:

- a) гипотермия;

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

Каков процент потери массы тела при алгидной форме холеры?

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

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

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

В каком биологическом субстрате от больного можно обнаружить возбудителя холеры?

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

Какие лабораторные данные не характерны для декомпенсированного обезвоживания при холере?

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

Укажите патогенетический механизм развития диареи при холере:

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

Укажите характер стула при холере:

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

Укажите один из механизмов диарейного синдрома, характерный для всех острых кишечных диарейных заболеваний:

- a) инвазия возбудителя в энтероциты;

- b) попадание возбудителя в кровь;
- c) воздействие токсинов на аденилатциклазную систему;
- d) внедрение возбудителя в подслизистую основу кишечника.

Какое звено патогенеза обуславливает тяжесть течения при холере?

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

Укажите антибиотик для лечения холеры:

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

Укажите неправильное утверждение. для холеры характерны следующие проявления:

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

Регидратационную терапию при холере с обезвоживанием III степени следует проводить:

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

Размножение холерного вибриона происходит:

- a) в почках;
- b) в просвете тонкого кишечника;
- c) в просвете толстого кишечника;
- d) в печени.

Продолжительность обсервации при холере составляет:

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

Укажите неправильное утверждение - диагноз холеры подтверждает:

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

Холеру вызывают только:

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

Для холеры характерны следующие пути передачи инфекции, кроме:

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

Инкубационный период при холере колеблется:

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

Для холеры не являются характерными следующие осложнения, кроме:

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

Шигеллез относится к группе:

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

Наиболее тяжело протекает шигеллез, вызванный:

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

Для шигеллезозов характерны следующие признаки, кроме:

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

Шигеллез протекает с преимущественным поражением:

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

Для шигеллезов характерны схваткообразные боли:

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

Наиболее тяжелое осложнение при шигеллезе:

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

При шигеллезах назначают следующие антибиотики и химиопрепараты, кроме:

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

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

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

При шигеллезе наиболее характерна следующая картина периферической крови:

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

В патогенезе шигеллеза ведущая роль принадлежит:

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

d) аутоиммунным сдвигам.

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

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

При дизентерии характерен следующий вид испражнений:

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

Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами дизентерии устанавливается в течение:

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

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

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

Какое сочетание симптомов характерно для колитического варианта дизентерии?

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

Какой материал используется для бактериологического подтверждения дизентерии?

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

Какова длительность преджелтушного периода ВГА:

- a) 1-3 дня;

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

Возбудителем ВГА является:

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

ВГА можно заразиться при контакте с:

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

Семейная очаговость наблюдается при:

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

Хронизацию дают ВГ, кроме:

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

Каким путем передается ВГВ, кроме:

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

Маркерами вгв являются, кроме:

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

при каком из вг крови обнаруживается HBsAg:

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

Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами ВГВ длится:

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

Против какого гепатита проводится вакцинация:

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

Специфическая профилактика ВГВ – это:

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

Особенности ВГД, кроме:

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

Двухволновое течение ВГ характерно для:

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

Группу риска ВГС составляют все, кроме:

- a) наркоманы;
- b) новорожденные

- 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:

- а) режим;
- б) внутривенные вливания;
- с) введение гормонов;
- д) диета;
- е) наблюдение.

Интерферонотерапия при ВГ показана, кроме:

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

Прерывание беременности противопоказано при:

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

Возбудителями геморрагических лихорадок являются все, кроме:

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

Препаратом выбора при лечении крымской геморрагической лихорадки является:

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

Для лечения омской геморрагической лихорадки применяется все, кроме:

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

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

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

Какие патологические процессы характерны для геморрагической лихорадки с почечным синдромом?

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

При какой геморрагической лихорадке развивается острая почечная недостаточность?

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

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

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

Источник сибирской язвы:

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

Для сибирской язвы характерно все, кроме:

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

Для лечения сибирской язвы показано все, кроме:

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

Для экстренной профилактики сибирской язвы применяется:

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

Что характерно для сибирезвенного карбункула?

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

Какой антибактериальный препарат используется для лечения сибирской язвы?

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

Какая форма сибирской язвы всегда протекает с генерализацией инфекционного процесса?

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

Патоморфологически для сибирской язвы характерно воспаление:

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

Для диагностики сибирской язвы используются все нижеперечисленные методы, кроме:

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

Сибирязвенный карбункул отличается от чумного нижеследующими признаками:

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

Сочетание каких симптомов характерно для бубонной формы туляремии?

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

Какой антибактериальный препарат используют для лечения туляремии?

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

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

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

Какая клиническая форма туляремии возникает при пищевом пути заражения?

- a) кожно-бубонная;

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

Из нижеперечисленных клинических форм туляремии наиболее часто встречается:

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

Пути передачи при туляремии нижеследующие, кроме:

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

При туляремии предпочтительно назначение нижеследующих антибиотиков, за исключением:

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

Возбудитель чумы:

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

Возбудителем чумы является:

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

Неправильным утверждением в отношении чумы является:

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

При чуме заражение от животных не происходит следующими путями:

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

Чума не может протекать в следующих клинических формах:

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

Для чумы не характерны:

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

Для чумного бубона не характерно:

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

Не характерными симптомами легочной чумы является:

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

Легочная форма чумы не характеризуется:

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

Не характерными особенностями бубона при чуме является:

- a) формирование к 3-5 дням болезни;
- b) резкая болезненность;
- c) спаянность с окружающей клетчаткой;
- d) отсутствием лимфангита;

- e) гиперемированная кожа над бубоном;
- f) вскрытие бубона с образованием свища.

Не характерными проявлениями бубонной чумы является:

- a) резко выраженная интоксикация;
- b) подвижность 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.

Вирус бешенства достигает ЦНС:

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

В период возбуждения при бешенстве наблюдаются нижеследующие симптомы, кроме:

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

Паралитический период при бешенстве чаще всего начинается с паралича:

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

Самым ранним симптомом бешенства является:

- a) повышенная чувствительность к зрительным и слуховым раздражителям;
- b) гиперестезия;
- c) нарушение сна;
- d) беспричинный страх;
- e) «симптом рубца»-зуд, припухание и болезненность в месте укуса.

Какие симптомы характерны для бешенства, кроме:

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

При укусе животными для профилактики бешенства не проводят:

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

Паралитический период бешенства характеризуется:

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

Для стадии возбуждения при бешенстве не характерны:

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

Не правильным утверждением в отношении бешенства является:

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

Исходом бешенства является:

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

Самой тяжелой формой энцефалита является:

- a) лихорадочная;
- b) менингоэнцефалитическая;
- c) менингеальная;
- d) полирадикулоневритическая;
- e) полимиелитическая.

Для лечения клещевого энцефалита не используются:

- a) противоклещевой гамма-глобулин;
- b) гормоны;
- c) инфузионная терапия;

- d) плазмоферез;
- e) седативные препараты.

Пик заболеваемости при клещевом энцефалите приходится на следующие месяцы:

- a) март-апрель;
- b) май-июнь;
- c) июль-август;
- d) сентябрь- октябрь;
- e) ноябрь.

Наиболее частая клиническая форма клещевого энцефалита в Кыргызской Республике:

- a) лихорадочная;
- b) менингоэнцефалитическая;
- c) менингеальная;
- d) полирадикулоневритическая;
- e) полимиелитическая.

Менингит при клещевом энцефалите носит следующий характер:

- a) гнойный;
- b) гнойно-геморрагический;
- c) геморрагический;
- d) серозный;
- e) серозно-геморрагический.

Переносчиком и основным резервуаром вируса клещевого энцефалита является:

- a) грызуны;
- b) птицы;
- c) млекопитающие;
- d) иксодовые клещи,
- e) гамазовые клещи.

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.

Укажите сочетание симптомов, характерное для столбняка:

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

Укажите ведущий симптом столбняка:

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

Какой препарат используется для профилактики и лечения столбняка?

- a) антимикробная сыворотка;
- b) антитоксическая сыворотка;
- c) бактериофаг;
- d) нормальная лошадиная сыворотка.

Симптомы, не характерные для столбняка:

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

Самым ранним симптомом столбняка является:

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

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

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

Столбняк у новорожденных характеризуется нижеперечисленными признаками, за исключением:

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

Для нейтрализации токсина при столбняке используют:

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

Чаще всего смерть при столбняке наступает от:

- a) острой дыхательной недостаточности;
- b) острой сердечной недостаточности;
- c) острой сосудистой недостаточности;
- d) мозговой комы;
- e) компрессионных переломов позвоночника.

Столбнячный токсин поражает преимущественно:

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

Симптомы, не характерные для столбняка:

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

Симптомы, не характерные для столбняка:

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

При остром бруцеллезе наиболее характерна следующая картина периферической крови:

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

Диагноз хронического бруцеллеза ставится при длительности болезни:

- а) свыше 1,5 месяцев до 3 месяцев;
- б) свыше 3 месяцев до 4 месяцев;
- с) свыше 4 месяцев до 6 месяцев;
- д) свыше 6 месяцев до 2 лет;
- е) свыше 2 лет.

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

- а) пенициллина;
- б) рифампицина;
- с) доксициклина;
- д) бисептола;
- е) гентамицина.

Ранним клиническим признаком бруцеллёза считается:

- а) микрополиаденопатия;
- б) фиброзиты и целлюлиты;
- с) увеличение печени и селезенки;
- д) артриты с частым вовлечением околосуставной клетчатки (периартриты), бурситы, тендовагиниты, периоститы, перихондриты;
- е) поражения половой сферы (орхиты и эпидидимиты, расстройства менструального цикла, эндометриты, самопроизвольные аборты).

Диагноз острого бруцеллеза ставится при длительности болезни:

- а) до 1,5 месяцев;
- б) до 3 месяцев;
- с) до 4 месяцев;
- д) до 6 месяцев;
- е) до 2 лет.

При остром бруцеллёзе отмечают:

- а) неправильный характер температурной кривой при достаточно удовлетворительном самочувствии;
- б) появление микрополиаденопатии, ознобов, потливости;
- с) увеличение размеров печени и селезёнки;
- д) признаки инфекционно-аллергического миокардита;
- е) ограничение движений, деформации, деструктивные изменения позвоночника.

Наиболее часто при хроническом бруцеллезе поражается:

- а) периферическая нервная система;
- б) локомоторный аппарат;
- с) висцеральные органы;
- д) урогенитальная система;
- е) сердечно-сосудистая система.

Антибактериальная терапия показана при:

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

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

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

Из нижеперечисленных бруцелл наиболее выраженными инвазионными свойствами обладают:

- a) Br. Melitensis
- b) Br. Abortus bovis
- c) Br. Abortus suis
- d) Br. canis
- e) Br. ovis

Укажите симптомы, характерные для бруцеллеза:

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

Неправильным утверждением при лептоспирозе является:

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

Наиболее частым путем передачи лептоспир является:

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

Заражение лептоспирозом не происходит при:

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

Неправильное утверждение: при лептоспирозе:

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

Неправильное утверждение - при лептоспирозе:

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

При лептоспирозе правильным выражением является:

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

При лептоспирозе правильным выражением является:

- a) болезнь протекает в хронической форме;
- b) интоксикация наиболее выражена на 8-9 день болезни;
- c) характерно острое начало болезни с ознобом и повышением температуры до 39-40⁰С;
- d) с первых дней болезни появляется полиурия, свидетельствующая о поражении почек;
- e) характерно развитие холецисто-панкреатита.

Характерный симптомокомплекс лептоспироза:

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

Не информативными симптомами для лептоспироза являются:

- a) интоксикация;
- b) увеличение лимфоузлов;
- c) интенсивная миалгия;
- d) геморрагии;

- e) поражение почек;
- f) поражение печени.

При лептоспирозе редкими проявлениями болезни являются:

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

Для лептоспироза не характерны:

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

Диагноз лептоспироза не может быть подтвержден:

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

При лабораторных исследованиях у больного лептоспирозом не обнаруживается:

- a) нейтрофильный лейкоцитов со сдвигом влево;
- b) незначительная протеинурия;
- c) нарастание уровня креатинина крови;
- d) гиперкалиемию;
- e) анемия.

Для бактериологической диагностики лептоспироза используют:

- a) мокроту;
- b) кровь;
- c) кал;
- d) сперму;
- e) носоглоточную слизь;
- f) желчь.

Диагноз лептоспироза не подтверждается:

- a) обнаружением возбудителя методом микроскопии цитратной крови в темном поле;
- b) выделением гемокультуры возбудителя;
- c) реакцией Райта;
- d) выделением уринокультуры возбудителя;
- e) реакцией микроагглютинации и лизиса лептоспир.

Препаратом выбора для лечения лептоспироза является:

- a) пенициллин;
- b) эритромицин;
- c) фуразолидон;
- d) рифампицин;
- e) левомицетин;
- f) ципрофлоксацин.

Препаратом выбора для лечения лептоспироза является:

- a) пенициллин;
- b) гентамицин;
- c) доксициклин;
- d) клафоран;
- e) эритромицин.

Для специфической терапии лептоспироза применяется:

- a) противолептоспирозная вакцина;
- b) лептоспирозный гаммаглобулин;
- c) противолептоспирозная сыворотка;
- d) нормальный человеческий иммуноглобулин.

Неправильное утверждение в отношении орнитоза:

- a) распространен среди птиц;
- b) является антропонозом;
- c) передается воздушно-пылевым путем;
- d) сопровождается поражением органов дыхания;
- e) сопровождается поражением нервной системы.

Путь передачи при орнитозе:

- a) контактный;
- b) алиментарный;
- c) аэрогенный;
- d) трансмиссивный;
- e) парентеральный.

Орнитоз клинически не проявляется:

- a) лихорадкой;
- b) поражением легких;
- c) диспептическими расстройствами;
- d) поражением нервной системы.

Неправильным утверждением в отношении клиники орнитоза является:

- a) преимущественно поражается гепатобилиарная система;
- b) характерна лихорадка;
- c) часто поражаются легкие;
- d) возможно рецидивирующее течение болезни;

е) часто поражается центральная нервная система.

Для диагностики орнитоза не используют:

- а) РСК;
- б) РТГА;
- в) реакцию агглютинации-лизиса лептоспир;
- г) выделение культуры возбудителя из крови и мокроты.

Неправильным утверждением в отношении лечения орнитоза является:

- а) рекомендуется госпитализация;
- б) эффективны антибиотики пенициллинового ряда;
- в) наиболее эффективны антибиотики тетрациклинового ряда;
- г) эффективна вакциноterapia.

В лечении хламидиозов препаратом выбора являются:

- а) пенициллин;
- б) фторхинолонф;
- в) тетрациклины;
- г) рифампицин;
- д) химиопрепараты.

Источник орнитоза-это:

- а) люди;
- б) голуби, домашние птицы;
- в) овцы, козы;
- г) грызуны;
- д) насекомые.

При типичных формах орнитоза рентгенологически чаще всего определяется:

- а) интерстициальная пневмония;
- б) очаговая пневмония;
- в) сегментарная пневмония;
- г) лобарная пневмония;
- д) плевропневмония.

Орнитозные менингиты относятся к:

- а) первично-серозным;
- б) вторично-серозным;
- в) первично-гнойным;
- г) вторично-гнойным;
- д) геморрагическим.

Возбудителями рожи являются только:

- а) стафилококки;
- б) пневмококки;
- в) стрептококки;

- d) риккетсии Бернетта;
- e) риккетсии Провачека.

Различают следующие клинические формы рожи, кроме:

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

Основными клиническими симптомами рожи являются следующие признаки, кроме:

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

Осложнениями рожи являются следующие, кроме:

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

При роже поражается всё, кроме:

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

Факторами риска для развития рожи являются следующие, кроме:

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

Для лечения рожи применяются антибиотики, кроме:

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

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

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

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

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

Правильным утверждением является - Ку-лихорадка:

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

Неправильным утверждением является - Ку-лихорадка:

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

Клиническая картина Ку-лихорадки не характеризуется:

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

Препаратом выбора для лечения Ку-лихорадки является:

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

При Ку-лихорадке диагноз не подтверждается:

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

Основной формой малярии в Кыргызстане является:

- a) тропическая малярия;
- b) 3-х дневная малярия;
- c) 4-х дневная малярия;
- d) микст-малярия;
- e) малярия-овале.

Приступ 3-х дневной малярии начинается:

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

Какое осложнение встречается при 3-х дневной малярии?

- a) кома;
- b) ИТШ;
- c) ОПН;
- d) разрыв селезенки;
- e) гемоглобинурийная лихорадка.

Самое грозное осложнение малярии:

- a) пневмония;
- b) кома;
- c) ОПН;
- d) гепатит;
- e) судорожный синдром.

Для уничтожения тканевых спорозоитов применяется:

- a) тетрациклин;
- b) фторхинолоны;
- c) примахин;
- d) делагил;
- e) антиоксиданты.

Решающим методом лабораторной диагностики малярии являются:

- a) общий развернутый анализ крови;
- b) исследование толстой капли крови и мазка крови;
- c) серологические реакции;
- d) биологическая проба.

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

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

Лихорадочные приступы при тропической малярии повторяются от начала предыдущего:

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

Возможны следующие пути передачи малярии за исключением:

- a) контактно - бытового;
- b) трансмиссивного;
- c) парентерального;
- d) трансплацентарного.

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

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

При малярии наиболее характерна следующая картина крови:

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

Длительность малярийного приступа при 3-х дневной малярии обычно составляет:

- a) от 2 до 6 часов;
- b) от 6 до 12 часов;
- c) от 12 до 18 часов;
- d) от 18 до 24 часов;
- e) от 24 до 36 часов;

Какие биологические субстраты используют для лабораторного подтверждения диагноза малярии?

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

Какой препарат действует на эритроцитарные формы плазмодия?

- a) делагил;
- b) примахин;

- c) метрагил;
- d) хиноцид.

С каким возбудителем ассоциируется тяжелое течение малярии с развитием комы?

- a) *Pl. vivax*;
- b) *Pl. ovale*;
- c) *Pl. malaria*;
- d) *Pl. falciparum*.

Укажите препарат противорецидивного действия при малярии:

- a) примахин;
- b) хинин;
- c) делагил;
- d) нитрофураны.

Укажите типичную температурную кривую, характерную для малярии:

- a) перемежающаяся лихорадка;
- b) послабляющая лихорадка;
- c) постоянная лихорадка;
- d) гектическая лихорадка.

Показанием для обследования на малярию является все нижеперечисленное, кроме:

- a) все лихорадящие больные с неясным диагнозом;
- b) лихорадящие больные с лимфаденопатией;
- c) доноры;
- d) лихорадящие больные, прибывшие из стран неблагоприятных в эпидемиологическом отношении по малярии;
- e) лихорадящие больные, в анамнезе у которых имеются указания на перенесенную в прошлом малярию.

Болезнь Бриля – это:

- a) сыпной тиф;
- b) рецидив сыпного тифа;
- c) клещевой риккетсиоз;
- d) волынская лихорадка.

Какой из риккетсиозов дает хронизацию болезни:

- a) сыпной тиф;
- b) брюшной тиф;
- c) лихорадка ку;
- d) окопная лихорадка;
- e) марсельская лихорадка.

Какой из риккетсиозов относится к пятнистым:

- a) сыпной тиф;
- b) блошинный тиф;

- с) лихорадка цуцугамуши;
- д) везикулезный риккетсиоз;
- е) марсельская лихорадка.

Для лечения риккетсиозов применяются препараты, кроме:

- а) тетрациклин;
- б) доксициклин;
- с) пенициллин
- д) фторхинолоны;
- е) левомицетин.

Выписка больных сыпным тифом проводится:

- а) на 3-й день нормальной температуры;
- б) на 7-й день нормальной температуры;
- с) на 12-14-й день нормальной температуры;
- д) на 30-й день нормальной температуры;
- е) по требованию больного.

Источником инфекции при сыпном тифе является:

- а) больной;
- б) бактерионоситель;
- с) домашние животные;
- д) различные виды вшей.

Неправильным утверждением при сыпном тифе является:

- а) источником инфекции являются здоровые носители риккетсий;
- б) больные заразны в течение всего лихорадочного периода;
- с) переносчик - платяная вошь;
- д) заражение происходит при втирании экскрементов вшей в поврежденную кожу;
- е) восприимчивость человека высокая;
- ф) возможно формирование рецидивирующих форм.

Правильным утверждением при сыпном тифе является:

- а) источник инфекции — платяные вши;
- б) заражение происходит при укусе блох;
- с) механизм передачи — трансмиссивный;
- д) заразительность больного сохраняется в течение нескольких лет;
- е) восприимчивы преимущественно лица пожилого возраста.

Переносчиком сыпного тифа являются:

- а) постельные клопы;
- б) лобковые вши;
- с) крысиные блохи;
- д) платяные вши;
- е) иксодовые клещи.

Основными переносчиками возбудителя сыпного тифа является:

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

Основными звеньями патогенеза сыпного тифа не являются:

- a) риккетсиемия;
- b) размножение риккетсий в лимфоузлах;
- c) развитие тромбоваскулитов;
- d) поражение сердечно-сосудистой системы;
- e) поражение центральной нервной системы.

Правильным утверждением при сыпном тифе является:

- a) возбудитель распространяется лимфогенным и гематогенным путем;
- b) поражаются нейроны;
- c) развивается специфическая пневмония.
- d) имеются признаки повышенной кровоточивости;
- e) после перенесенной болезни возможно многолетнее персистирование возбудителя в организме.

Сыпной тиф не характеризуется:

- a) высокой лихорадкой в течение 12-14 дней;
- b) появлением сыпи на 5-й день болезни;
- c) полиневритом;
- d) менингоэнцефалитом.

Сыпной тиф характеризуется:

- a) постепенным началом болезни;
- b) высокой лихорадкой длительностью до 7-10 дней;
- c) полиаденопатией;
- d) наличием гепатолиенального синдрома.

Сыпной тиф не характеризуется:

- a) острым началом;
- b) головной болью, сочетающейся бессонницей;
- c) гиперемией, одутловатостью лица;
- d) розеолезно-папулезной сыпью;
- e) гепатолиенальным синдромом.

Сыпь при сыпном тифе появляется в следующие сроки:

- a) 1 день;
- b) 4-6 день;
- c) 7-10 день;

d) 11-12 день.

Не характерными симптомами начального периода сыпного тифа являются:

- a) острое начало;
- b) высокая лихорадка;
- c) головная боль;
- d) нарушение сна;
- e) бледность кожных покровов;
- f) эйфоричность больных.

В начальном периоде сыпного тифа не характерны:

- a) гиперемия лица;
- b) инъекция склер;
- c) симптом щипка;
- d) розеолезно-петехиальная сыпь;
- e) пятна Киари-Авцына;
- f) симптом Розенберга.

Основными клиническими симптомами сыпного тифа не являются:

- a) острое начало;
- b) высокая лихорадка постоянного типа;
- c) диарея;
- d) психомоторное возбуждение;
- e) розеолезно-петехиальная сыпь;
- f) энантема на слизистых.

Клиническими признаками сыпного тифа не являются:

- a) острое начало;
- b) розеолезно-петехиальная сыпь с 4-5 дня болезни;
- c) увеличение печени и селезенки;
- d) специфическая пневмония;
- e) симптом Говорова-Годелье;
- f) симптом щипка.

Не характерными симптомами разгара сыпного тифа являются:

- a) обильная розеолезно-петехиальная сыпь;
- b) бред, помрачение сознания;
- c) тахикардия, гипотония;
- d) увеличение печени и селезенки;
- e) острая почечная недостаточность.

Для сыпного тифа характерна сыпь:

- a) розеолезная;
- b) розеолезно-петехиальная;
- c) розеолезно-папулезная;
- d) папулезная;

- e) папулезно-геморрагическая;
- f) везикулярная.

Для периода разгара сыпного тифа не характерны:

- a) ремиттирующая лихорадка с ознобами;
- b) головная боль;
- c) гепатолиенальный синдром;
- d) розеолезно-петехиальная сыпь;
- e) симптом Говорова-Годелье.

Основными симптомами периода разгара сыпного тифа не являются:

- a) головная боль;
- b) боли в горле;
- c) розеолезно-петехиальная сыпь;
- d) бессонница;
- e) делирий с галлюцинациями и возбужденностью больных

При лабораторной диагностике сыпного тифа используют:

- a) реакцию связывания комплемента;
- b) выделение гемокультуры возбудителя;
- c) внутрикожную аллергическую пробу;
- d) реакцию Райта;
- e) биопробу.

Методы диагностики сыпного тифа, не применяемые на практике:

- a) РСК;
- b) РНГА;
- c) выделение культуры риккетсий;
- d) реакция агглютинации с риккетсиями Провачека.

Сыпной тиф не приходится дифференцировать с:

- a) гриппом;
- b) ботулизмом;
- c) менингококковой инфекцией;
- d) пневмонией;
- e) геморрагическими лихорадками;
- f) брюшным тифом;

Препаратом выбора для лечения сыпного тифа являются:

- a) полусинтетические пенициллины;
- b) цефалоспорины третьего поколения;
- c) аминогликозиды;
- d) бисептол;
- e) тетрациклины.

Этиотропное лечение больных болезнью брилла проводится:

- a) специфическим иммуноглобулином;
- b) сывороткой реконвалесцентов сыпного тифа;
- c) тетрациклином;
- d) живой ослабленной вакциной;
- e) реафероном;
- f) ремантадином.

Основным препаратом для лечения сыпного тифа является:

- a) стрептомицин;
- b) эритромицин;
- c) тетрациклин;
- d) олендомицин;
- e) цефтриаксон;
- f) ципрофлоксацин.

Этиотропная терапия больных сыпным тифом и болезнью Брилла должна продолжаться вплоть до:

- a) 2 дня нормальной температуры;
- b) нормализации размеров селезенки;
- c) 25 дня болезни;
- d) получения отрицательных результатов бактериологических исследований;
- e) нормализации картины крови и биохимических показателей;
- f) нормализации температуры.

Болезнь Брилла - это:

- a) риккетсиоз, вызванный риккетсией Бернетта;
- b) хламидиоз;
- c) спирохетоз;
- d) системный боррелиоз;
- e) рецидив сыпного тифа.

Неправильным утверждением является:

- a) болезнь Брилла - это повторный сыпной тиф;
- b) больные болезнью Брилла не представляют эпидемиологической опасности;
- c) клиническая картина болезни Брилла сходна с сыпным тифом;
- d) для диагностики болезни Брилла и сыпного тифа используются одинаковые серологические тесты.

Неправильное утверждение - болезнь Брилла отличается от сыпного тифа:

- a) отсутствием педикулеза у больного и в его окружении;
- b) свойствами возбудителя;
- c) укороченным лихорадочным периодом;
- d) менее тяжелым течением болезни.

Клиническая задача № 1.

Больной С., 38 лет. Обратился к врачу скорой помощи 4.09. с жалобами на постоянную умеренную боль в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38,6°C. Из анамнеза известно, что за 2 недели до болезни возвратился из **круиза по Волге**. Впервые почувствовал недомогание 17.08.: познабливало, болела голова. Температура 37,4°C. К врачу не обращался, самостоятельно принимал ампициллин по 1 таб. 3 раза в день. Продолжал работать, хотя сохранялась субфебрильная температура, познабливало, был плохой аппетит. 22-23.08. проявления заболевания исчезли, прекратил принимать ампициллин. В ночь с 3 на 4.09. вновь повысилась температура, появились боли в животе (преимущественно справа), тошнота, была однократная рвота. Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, сухая, на животе имеются несколько розовых «пятен». Язык обложен густым серым налетом, суховат. Живот вздут, умеренно болезненный в илеоцекальной области. Там же определяется небольшое напряжение мышц, не резко выраженный симптом Щеткина. С диагнозом «острый аппендицит» доставлен в стационар, прооперирован. Червеобразный отросток умеренно гиперемирован, отечен. При ревизии брюшной полости замечено значительное увеличение мезентеральных узлов, один из них удален для гистологического исследования. В дистальном отделе подвздошной кишки обнаружены просвечивающие сквозь кишечную стенку язвы. Анализ крови: Hb-126г/л, лейкоциты-6,1*10⁹/л, п/я-8%, с/я-51%, лим.-38%, мон-3%, СОЭ-12 мм/час. Поставлен диагноз «острый аппендицит, язвенный илеит».

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 2.

Больная О., 35 лет, воспитатель детского сада. Обратилась к участковому врачу 11.09. на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, нарушение сна, слабость. Заболела остро, в течение 3 дней температура достигла до 39°C, беспокоила головная боль, снизился аппетит, стала часто просыпаться ночью, нарастала слабость. Сообщила врачу, что в течение последнего месяца в группе отмечено 2 случая заболеваний детей «гриппом». У некоторых из них был жидкий стул. Температура повышалась в течение 5-8 дней. При осмотре на 3-й день болезни температура 39,1°C. Состояние средней тяжести. Кожа бледная. Слизистая ротоглотки чистая. Язык суховат, обложен белым налетом. В легких хрипов нет. Пульс 84 уд/мин., АД 100/60 мм.рт.ст. Живот слегка болезненный в области пупка, мягкий. Стул был два дня назад, нормальный, оформленный без патологических примесей. Дизурии нет. Менингеальных знаков нет. Врачом был поставлен диагноз «грипп», назначены бисептол, аспирин, анальгин. На фоне терапии температура сохранялась в течение недели, затем снизилась до нормальной, но в течение примерно 7 дней продолжала беспокоить слабость. На 17-й день от начала болезни была выписана на работу. Спустя 12 дней вновь появилась головная боль, кашель, температура 38,4°C. Участковым врачом отмечена бледность кожи, сухие рассеянные хрипы в легких. Плохой аппетит, обложенность и отечность языка. Пульс 72 уд/мин. Обращали на себя внимание вздутие живота, увеличение печени и селезенки. Госпитализирована с диагнозом «грипп, пневмония».

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?

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

Клиническая задача № 3.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 4.

Больная У., 21 год, воспитатель детского сада, 24.05 обратилась к врачу амбулатории с жалобами на сильную слабость, озноб, схваткообразные боли внизу живота, больше слева, жидкий стул. Считает себя больной с 16 час. 23.05, когда внезапно появились сильные схваткообразные боли внизу живота, слабость, озноб. Через час появился кашицеобразный стул (6 раз за вечер). Около 20.00 был кратковременный обморок. В последующие часы отмечала головокружение, ощущение дурноты при каждой попытке встать с постели. В детском саду, где работает больная, 20.05. и 21.05. несколько детей госпитализировано с подозрением на острую дизентерию. При осмотре врачом выявлено: температура тела 36,0°C. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сигмовидная кишка мягкая, безболезненная, не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Поколачивание по области почек безболезненное. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 5.

Больная К., 32 лет, продавец в магазине «Молоко», заболела остро 22.08. вечером. Почувствовала слабость, недомогание, умеренную головную боль, познабливание, затем возникло чувство жара. Температуру тела не измеряла. Одновременно с указанными симптомами появились схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. К утру 23.08. боли в животе усилились и локализовались преимущественно слева. Стул за ночь около

15 раз. В испражнениях заметила слизь и кровь. Были частые, болезненные позывы на стул. Температура утром 39,4°C. Вызван на дом врач амбулатории. Больная проживает в отдельной квартире с семьей из 3 человек. Члены семьи здоровы. Заболеваний желудочно-кишечного тракта в анамнезе нет.

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

ЗАДАНИЕ.

1. Диагноз и его обоснование.
2. Как следует решить вопрос о госпитализации?
3. Какие лабораторные исследования необходимо провести у данной больной?
4. Наметьте план лечения больной.

Клиническая задача № 6.

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

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 7.

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

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

При уточнении анамнеза установлено, что за 2 года до настоящего заболевания работал по контракту в Сирии, где отмечал в течение 3-х недель неустойчивый стул до 3-4 раз в день,

калового характера, иногда с примесью слизи. Отмечал при этом небольшую слабость, температура не повышалась.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 8.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 9.

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

Объективно: состояние тяжёлое. Температура 36,5°C. Кожные покровы бледные, сухие, тургор понижен. Цианоз губ и кончиков пальцев рук. Язык обложен белым налётом, сухой. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс 104 уд/мин, слабого наполнения. АД-80/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной и околопупочной областях, выслушивается усиленное урчание. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. С утра больная не мочилась. Стул обильный, водянистый, зелёного цвета, зловонный, с примесью слизи. В общем анализе крови: Лейк.- $13,2 \cdot 10^9/\text{л}$, Эр – $5,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, СОЭ – 24 мм/час; относительная плотность плазмы крови – 1,030, гематокрит-55%, калий плазмы – 3,2 ммоль/л, натрий плазмы – 130 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 10.

В медицинский пункт аэровокзала обратился больной М., 42 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 тяжелое. Общая синюшность кожных покровов, сухость слизистых, говорит шепотом. Глазные яблоки запавшие, черты лица заострившиеся. Тургор кожи резко снижен, симптом «руки прачки». Кожные покровы холодные, покрыты липким потом. Температура тела 35,4°C. Периодически больной становится возбужденным, возникают судороги конечностей. Язык сухой, покрытый коричневым налётом. Одышка – 34 в минуту. Пульс нитевидный, частота сердечных сокращений 130 уд/мин. АД 30/0 мм.рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. В сознании. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

1. Обоснуйте клинический диагноз и определите степень обезвоживания.
2. Какие меры следует предпринимать при выявлении больного холерой?
3. Назначьте регидратационную терапию (вес больного до болезни 70 кг).
4. Какие исследования следует произвести в отделении интенсивной терапии для уточнения диагноза, оценки тяжести болезни и адекватности терапии? У больного установлены такие показатели КОС: pH -7,32; PCO₂ - 22 мм.рт.ст.; SB - 16 ммоль/л; BE – 8 ммоль/л; гематокрит - 49%. Адекватна ли проведенная терапия?

Клиническая задача № 11.

Скорая медицинская помощь вызвана в медпункт вокзала к больному Ж., 50 лет, приехавшему из Астраханской области. У больного около 4 часов утра в вагоне появился жидкий стул (обильный, водянистый), затем в 11.30. несколько раз рвота. На вокзале был обморок. В медпункте заподозрена пищевая токсикоинфекция, т.к. в дороге больной ел бутерброды с несвежей колбасой. АД 80/50 мм.рт.ст. Сделаны п/к мезатон и адреналин. Вызвана скорая помощь.

Врачом скорой помощи в 12.30. установлено общее тяжелое состояние, судороги икроножных мышц, цианоз, сухость слизистых оболочек и кожи, сильная жажда, афония, тахикардия, небольшая разлитая болезненность при пальпации живота. С 7 часов не мочился. В машине «скорой помощи» начато введение гемодеза (200мл), раствора глюкозы (1000 мл), однако состояние не улучшилось.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 12.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 13.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 14.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 15.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 16.

Больной М., 5 лет, заболел остро с повышения температуры тела до 38,0°C, появления двукратной рвоты, жидкого стула со слизью до 4 раз в день. Участковым педиатром диагностирована кишечная инфекция, назначено лечение.

В течение 2 дней состояние ребенка не улучшалось, температура тела повысилась до 38,7°, стул сохранялся жидким до 3 раз в сутки, появились боли в суставах, мелкоточечная сыпь на туловище и вокруг суставов. Ребенок повторно был осмотрен участковым врачом и направлен в инфекционный стационар.

При поступлении (на 3-й день болезни) состояние больного средней степени тяжести, температура тела 37,8° С. В зеве умеренная разлитая гиперемия, бугристость задней стенки глотки. Язык обложен налетом, влажный. Пальпируются увеличенные шейные и тонзиллярные лимфатические узлы. На коже в области живота, в подмышечных и паховых складках, вокруг коленных и локтевых суставов обильная, яркая мелкоточечная сыпь. Ладони отечны и ги-

перемированы. в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в околопупочной и правой подвздошной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка не пальпируется. Мочится свободно. Стул 2 раза в сутки, жидкий, с небольшим количеством слизи.

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

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

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

ЗАДАНИЕ

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

Клиническая задача №17.

Больной К. 42 года, заболел после употребления из озера воды, находясь на рыбалке в Подмосковье. На следующий день почувствовал слабость, появились тошнота, рвота, схваткообразная боль в животе, частый водянистый стул, пенистый, ярко-желтого цвета с легким «кислым» запахом. Нарастала слабость. Температура 37,6°C. Отмечает першение в горле. Объективно: кожные покровы обычной окраски. Тургор нормальный, отмечается громкое урчание в животе, которое слышно на расстоянии. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 87 уд/мин., ритмичен. Язык влажный, обложен. Отмечается умеренная гиперемия и зернистость слизистой мягкого неба, небных дужек, язычка. При пальпации живота – небольшая болезненность и урчание в параумбиликальной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз:
 - а) ПТИ
 - б) Холера
 - в) Амебиаз
 - г) Ротавирусный гастроэнтерит
 - д) Иерсиниоз
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план обследования для уточнения диагноза.

Клиническая задача № 18.

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

везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, пульс 116 уд/мин., АД – 100/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Миндалины, дужки, задняя стенка глотки гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. В сознании, но загружена, стонет. Менингеальный синдром слабо выражен. Очаговых симптомов нет.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 19.

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 № 20.

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.

Вирусные гепатиты

Клиническая задача № 21.

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

Неоднократно обращалась к участковому врачу и к терапевту по месту работы. Плохое самочувствие объясняли переутомлением, и больная продолжала работать.

Вчера родственники заметили желтушность склер. Сегодня вследствие еще большего ухудшения самочувствия (усилилось головокружение, появилось «мелькание мушек» перед глазами) была вызвана «скорая помощь».

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 22.

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 эпигастриальной области и правом подреберье. Температура нормализовалась к 4 дню, но на 5 день болезни утром обратил внимание на темный цвет мочи.

Госпитализирован с диагнозом: пищевая токсикоинфекция.

В приемном отделении больницы при осмотре обнаружены иктеричность склер, увеличение печени и селезенки. Стула не было 3 дня.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 23.

К больной С., 42 года, врачу-реаниматологу, был вызван врач поликлиники 24.04. Жалобы на высокую температуру тела, боль в правом подреберье, коленных и лучезапястных су-

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 24.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Трансмиссивные инфекции

Клиническая задача № 25.

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

температура оставалась повышенной, повторялась рвота, отмечал неприятные ощущения в эпигастральной области. Сегодня при высокой температуре появился бред. При осмотре: состояние тяжелое, бледен, заторможенность, на вопросы отвечает односложно. Зрачки узкие, пульс 106 уд/мин, АД 90/60 мм.рт.ст. Печень и селезенка увеличены, живот мягкий. Нерезко выражен менингеальный синдром. Эпидемиологический анамнез: вернулся из Бенина (Африка), где работал в течение 1 года. С целью профилактики принимал нивахин, после возвращения препарат принимать перестал.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 26.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 27.

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

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

ЗАДАНИЕ.

- 1.В чем причины отсутствия терапевтического эффекта от применения делагила?
- 2.Какова дальнейшая тактика врача?

3. Составьте план лечения.
4. Составьте план обследования.

Клиническая задача № 27.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 28.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 29.

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

Анализ крови: Лейкоциты $-4,6 \times 10^9/\text{л}$, п/я –19%, с/я – 49%, лимф. –26%, мон.– 6%, СОЭ –24 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: правосторонняя интерстициальная пневмония.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 30.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 31.

Больной У., 21 год, обратился к врачу в связи с появлением 2 язв на щеке. Заболел 2-3 недели назад. Вначале на щеке появилось 2 бугорка красного цвета, которые увеличивались в размерах, а затем превратились в язвы. При осмотре состояние удовлетворительное. На коже щеки 2 язвы диаметром 3-5 см, с неровными краями, скудным серозным отделяемым, слегка болезненные при пальпации. Вокруг язвы кожа инфильтрирована. Со стороны внутренних органов патологии нет. Из эпид. анамнеза известно, что за месяц до болезни вернулся из Таджикистана, где проходил срочную военную службу в пограничных войсках, подвергался укусу

москитов. Контакт с инфекционными больными не имел. Парентеральные манипуляции отрицает.

ЗАДАНИЕ.

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

ООИ

Клиническая задача № 32.

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 № 33.

Больной В., 38 лет, обратился к врачу с жалобами на высокую температуру, слабость, ломоту в теле, головную боль, сильные боли в правой подмышечной области. Считает себя больным в течение 4 дней. Заболевание началось с познабливания и подъёма 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 120/70 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Больной несколько вял, адинамичен. Яркий румянец на щеках. Очаговых неврологических и менингеальных симптомов нет. Госпитализирован с подозрением на кожно-бубонную форму чумы.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 34.

Больной Д., 25 лет обратился к врачу на пятый день болезни с жалобами на повышение температуры, головную боль, боли в мышцах. Заболел остро: появился озноб, головная боль, боли в мышцах, слабость, температура повысилась до 38,5°C. В последующие дни температура оставалась высокой, больной почти не спал. Со 2-го дня болезни заметил плотное болезненное образование в левой подмышечной области. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,2°C. Лицо гиперемировано, одутловато, склеры и конъюнктивы инъектированы. В левой подмышечной впадине пальпируется плотный умеренно болезненный лимфоузел размерами 3х4 см с четкими контурами, кожа над ним не изменена. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Печень выступает на 2см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

Эпиданамнез: за 4 дня до заболевания ездил на охоту в 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 № 35.

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 № 36.

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 № 37.

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 № 38.

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 № 39.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Трансмиссивные инфекции и бактериозы

Клиническая задача № 40.

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

Мочился в 8.00 утра. Менингеальных симптомов нет. В части регистрировались случаи гриппа.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 41.

К больной И., 41 год, 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 № 42.

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 № 43.

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

Умеренно выраженная ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

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

Проведенное лечение: 5% р-р глюкозы с витаминами по 1000,0 мл. в/в, лазикс 40 мг.-в/в х 1р., 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 № 44.

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

За 10 дней до заболевания рыбачил на озере, купался, пил сырую воду. Госпитализирован с диагнозом: «менингит».

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

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

Клиническая задача № 45.

Больной С., 28 лет, работник мясокомбината, постоянно проживает в Москве, обратился в поликлинику 10.07 с жалобами на озноб, сильную головную боль, боли в икроножных мышцах. Заболел 3 дня назад остро с появления потрясающего озноба, головной боли, болей в пояснице, мышечных болей. Сегодня отметил темный цвет мочи и желтушность склер, а также усиление болей в пояснице, снижение диуреза (последний раз мочился необильно накануне вечером). Температура сохранялась 38,5-39°C. Врач при осмотре отметил умеренную желтуху слизистых и кожи. Лицо одутловато, кровоизлияния в конъюнктивы. При пальпации икроножных мышц и спины отмечает умеренную боль. Суставы не изменены. Пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм.рт.ст. Печень пальпируется на 1,5-2 см ниже края реберной дуги. Кал окрашен, моча темная. Положительный симптом поколачивания по поясничной области с обеих сторон. Врачом заподозрена тяжелая форма вирусного гепатита.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 46.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 47.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 48

Больной Д., 56 лет. Заболел 14.05 около 18 часов. Отметил сильную слабость, озноб, головную боль, боли в мышцах рук и ног, пояснице. Температура тела 40,6°C. Вызвал «скорую помощь». Врач поставил диагноз «грипп». Назначил обильное питье и полоскание горла, аспирин, анальгин. Ночью спал с перерывами. Утром состояние по-прежнему плохое: головная боль, боли в мышцах, чувство жара, температура тела 41,0°C, рвота, спутанность сознания. Был кратковременный обморок при попытке встать с постели. Появилось покраснение голени, а затем и тыла правой стопы, к середине дня распространившееся на всю голень. Несколько позже на пораженной коже появились пузыри. На второй день болезни осмотрен участковым врачом. Объективно: состояние тяжелое. Вес около 100 кг при росте 172 см. Кожные покровы бледные, горячие. Температура тела 40,2°C. На правой ноге участок эритемы, охватывающий голень и стопу. Очертания очага неправильные, кожа напряжена, лоснится, при пальпации горячая, умеренно болезненная. Голень отеčná. На тыле стопы имеются пузыри размером 3х4 см., напряженные, заполненные геморрагическим содержимым, много кровоизлияний. Имеется болезненность и увеличение паховых лимфоузлов, гиперемия кожи над ними - «розовое пятно». Ороговение кожи стоп, деформация ногтей, трещины между пальцами. Пульс 116 уд/мин, АД 110/60 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык суховат, обложен. Живот мягкий. Дизурических явлений нет. В сознании. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте и обоснуйте развернутый диагноз.
2. Определите терапевтическую тактику.
3. Обоснуйте необходимость профилактических мероприятий после выписки и составьте их планы.
4. Каков морфологический субстрат данной инфекционной болезни?

Клиническая задача № 49.

Больной К., 54 года, слесарь, обратился к врачу с жалобами на слабость, высокую температуру тела, головную боль и сильную «дергающую» боль в правой ладони и подмышечной области. 7 дней тому назад на работе поранил кисть правой руки. Через 3-4 дня появилась боль в области раны на правой кисти, а затем в подмышечной области. Кисть покраснела и отекала. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 39,4°C. Правая ладонь отеčná, отек распространяется на предплечье. Кожа на тыльной поверхности кисти гиперемирована, горячая, края нечеткие. Пальпация кисти чувствительна, в центре – резко болезненный инфильт-

трат. В области 2-го пальца ссадина 1,5х1 см, покрытая грануляциями и коркой, под которой имеется гнойное отделяемое. Локтевые и подмышечные лимфоузлы справа увеличены, болезненны. Пульс 120 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны мочевыделительных органов и ЦНС без патологии. Госпитализирован в районную больницу с подозрением на рожу правой кисти.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 50.

Больная В., 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на боль в крупных суставах рук, ног, слабость, потливость, раздражительность.

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

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа повышенной влажности, без сыпи. Лимфоузлы мелкие, плотноватые. В подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области определяются плотноватые образования величиной до фасоли. Левый плечевой, правый коленный и голеностопный суставы увеличены в объеме, контуры их сглажены, движения в них ограничены и болезненны. Печень и селезенка не увеличены. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс – 76 уд/мин. АД – 120/70 мм.рт.ст. Больная эмоционально неустойчива, плаксива. Менингеальных симптомов поражения нервной системы нет.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 51.

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

Из эпиданамнеза известно, что больная по профессии ветеринарный врач.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 52.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 53.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 54.

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

Анализ крови: Лейкоциты $-4,6 \times 10^9/\text{л}$, п/я –19%, с/я – 49%, лимф. –26%, мон.– 6%, СОЭ –24 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: правосторонняя интерстициальная пневмония.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 55.

К больному С., 40 лет, вызвана «скорая помощь» в связи с резким ухудшением состояния. Из анамнеза известно, что заболевание началось с озноба, головной боли 5 дней назад. Быстро повысилась температура до 39°C, дважды была рвота. По совету знакомого врача, предположившего грипп, принимал ремантадин, после чего на следующий день температура тела снизилась до 37,5°C, обильно потел, но к вечеру температура вновь повысилась до 40,5°C, при этом чувствовал сильную головную боль, тошноту, слабость. В течение следующих дней температура оставалась повышенной, повторялась рвота, отмечал неприятные ощущения в эпигастральной области. Сегодня при высокой температуре появился бред. При осмотре: состояние тяжелое, бледен, заторможенность, на вопросы отвечает односложно. Зрачки узкие, пульс 106 уд/мин, АД 90/60 мм.рт.ст. Печень и селезенка увеличены, живот мягкий. Нерезко выражен менингеальный синдром. Эпидемиологический анамнез: вернулся из Бенина (Африка), где работал в течение 1 года. С целью профилактики принимал нивахин, после возвращения препарат принимать перестал.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 56.

Больная Ж., 48 лет, жительница Подмосковья, 4 августа обратилась к врачу по поводу высокой температуры на 4-й день болезни. Беспокоила головная боль, жар, озноб, потливость после понижения температуры. Диагностирован «грипп» рекомендована

симптоматическая терапия. На 5-й день болезни состояние удовлетворительное, температура нормальная. Однако, на следующий день температура вновь с ознобом повысилась до 39°C. При осмотре: состояние средней тяжести, обильно потеет, температура 37,3°C. При осмотре выявлена умеренная тахикардия, увеличение печени и селезенки. Контакт с лихорадящими больными не имела, из Подмосковья не выезжала. От госпитализации отказалась.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 57.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 58.

Больной Р., 42 года, в течение 1 года живет в Москве, до этого жил в Таджикистане. Поступил в стационар по «скорой помощи», с подозрением на сепсис. Жалобы на слабость, потливость, ознобы. Заболел 4 месяца назад, когда постепенно появились познабливание, утомляемость, субфебрильная температура, которая достигла 39°C, ухудшился аппетит, больной значительно похудел. Неоднократно обращался к врачу, - подозревалось заболевание крови, однако диагноз не подтвердился. При осмотре состояние средней тяжести. Бледен. Обращает на себя внимание землянисто-серая окраска кожи. Кахексия. В легких - без патологии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 84 уд/мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Язык обложен. На миндалинах, в области небных дужек эрозии и язвы, покрытые грязно-серым налетом. Живот втянут, болезненный. Печень увеличена на 20 см, плотная, селезенка выступает из подреберья на 5,0см, плотная. Дизурических явлений нет. Со стороны ЦНС патологии нет. Анализ крови: Нb-96г/л, эрит- $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, тромб.-156 тыс, лейкоц- $3,4 \cdot 10^9$ /л, э.-0, п/я-1%, с/я-28%, лимф-59%, мон-12%, СОЭ-54 мм/час.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 59.

Больной У., 21 года, обратился к врачу в связи с появлением 2 язв на щеке. Заболел 2-3 недели назад. Вначале на щеке появилось 2 бугорка красного цвета, которые увеличивались в размерах, а затем превратились в язвы. При осмотре состояние удовлетворительное. На коже щеки 2 язвы диаметром 3-5 см, с неровными краями, скудным серозным отделяемым, слегка болезненные при пальпации. Вокруг язвы кожа инфильтрирована. Со стороны внутренних органов патологии нет. Из эпид. анамнеза известно, что за месяц до болезни вернулся из Таджикистана, где проходил срочную военную службу в пограничных войсках, подвергался укусу москитов. Контакт с инфекционными больными не имел. Парентеральные манипуляции отрицает.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 60.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 61.

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 № 62.

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

При осмотре в области ладонной поверхности среднего пальца участок эритемы багрового цвета, распространяющийся на ладонную поверхность кисти. Края эритемы четкие, приподнятые, кожа на пораженном участке инфильтрирована, безболезненна при пальпации. Среднефаланговый сустав отечен, движения болезненны.

ЗАДАНИЕ.

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

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 – 0,6 ммоль/л

Ca⁺⁺ - 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 ммоль/л

Креатинин – 67,2 мкмоль/л

Билирубин (общ.) – 218,4 мкмоль/л

 Прямой – 179,2 мкмоль/л

 Не прямой - 39,2 мкмоль/л

АСТ – 0,53 мкат/л

АЛТ – 1,92 мкат/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 – $21,2 \cdot 10^9$ /л
Палочки – 6%
Сегменты – 78 %
Лимфоциты – 14%
Моноциты – 2%
СОЭ – 2 мм/час

Общий анализ крови

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

Кровь на толстую каплю на менингококк

Кокки – внеклеточные и внутриклеточные – в умеренном количестве

Общий анализ крови

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

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-HAVIgM – отрицательный

Anti-HEVIgM – 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-HDVigM– отрицательный

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAVIgM – отрицательный
Anti-HAVIgG – **положительный**
Anti-HEVIgM -отрицательный
HBsAg – отрицательный
HBe Ag - отрицательный
Anti-HBcIgM - отрицательный
Anti-HCVtotal– отрицательный
Anti-HDVigM – 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
Кровь – прожилки
Слизь - ++++

Бактерии - ++
Лейкоциты – сплошь
Эритроциты – большое количество
Макрофаги - ++
Простейшие – не обнаружены
Яйца глистов – не обнаружены

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

Винах NOW (*Streptococcus pneumonia*) – положительная

Латексагглютинация (*Streptococcus pneumonia*) – 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.

(Т И Т У Л Ь Н Ы Й Л И С Т)

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 желательно 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:

А. 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, слоистость.

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 надчреве, «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 разворачивает 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

Технологические карты дисциплины «Инфекционные болезни»

Курс 5, семестр 9, ЗЕ-4, отчетность-экзамен.

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум (баллы)	Зачетный максимум (баллы)	График контроля
Модуль 1					
Кишечные инфекции	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>	9	14	3 неделя
	Рубежный	Контрольная работа	4	8	
Модуль 2					
Вирусные гепатиты	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>	5	8	5 неделя
	Рубежный	Контрольная работа	2	5	
Модуль 3					
Трансмиссивные инфекции и бактериозы	Текущий	Тестирование; Курация больного (сбор анамнеза заболевания и эпид.анамнеза, общеклиническое обследование, интерпретация лабораторных исследований, тактика лечения); СРС: Доклад с	9	14	8 неделя

		презентацией; Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1балл.</i>			
	Рубежный	Контрольная работа	4	8	
Модуль 4					
Особо опасные инфекции	Текущий	Тестирование; Ситуационная задача; СРС: Доклад с презентацией; Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1балл.</i>	5	8	9 неделя
	Рубежный	Контрольная работа Защита истории болезни.	2	5	
Всего за семестр			40	70	9 неделя
Промежуточ ный контроль (Экзамен)	Теоретическое задание; Ситуационная задача; Интерпретация лабораторных исследований;		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

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

№	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 контроль)

№	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	0-15

	основных положений через систему аргументов, подкреплённых фактами, примерами и т.д.)	
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