

**АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИНСТИТУТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ»**



УТВЕРЖДАЮ

Директор
З.С. Терегулова

«11» июня 2019 г.

**УЧЕБНЫЙ ПЛАН
Профессиональной переподготовки по программе
«Инфекционные болезни».**

Цель – сформировать дополнительные знания, умения и навыки по образовательной программе профессиональной переподготовки, соответствующие компетенции слушателей для ведения нового вида профессиональной деятельности.

Категория слушателей – при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: "Общая врачебная практика (семейная медицина)", "Педиатрия", "Терапия", "Фтизиатрия"

Срок обучения: 576 часа

Форма обучения: заочная (по желанию слушателя или заказчика возможны очная, очно – заочная, а также сочетание всех форм обучения) с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

	Наименование разделов и дисциплин	Всего часов	В том числе		Форма контроля
			лекции	Практика/семинар	
1.	Правовые основы здравоохранения в Российской Федерации.	10	4	6	Тест
2.	Профессиональные стандарты в здравоохранении, основы этики и деонтологии.	34	6	28	Тест
3.	Микробиология для инфекционистов.	74	14	60	Тест
4.	Вирусология для инфекционистов.	66	12	54	Тест
5.	Иммунология для инфекционистов.	58	14	44	Тест
6.	Общие вопросы инфекционных болезней.	54	10	44	Тест
7.	Кишечные и капельные инфекции.	36	8	28	Тест
8.	Вирусные гепатиты.	18	6	12	Тест
9.	Карантинные и особо опасные инфекции.	32	8	24	Тест
10.	Острые нейроинфекции, сепсис.	48	12	36	Тест
11.	ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциированные заболевания.	60	18	42	Тест
12.	Лечение инфекционных заболеваний.	60	16	44	Тест
13.	Организация помощи пациентам с инфекционной патологией в Российской Федерации.	10	5	5	Тест
14.	Информационные системы в здравоохранении.	10	5	5	Тест
Итоговая аттестация		6	—	6	Тест
Всего		576	138	438	в соответствии с положением об итоговой аттестации

ВЕДЕНИЕ

Одним из важнейших элементов реформы системы образования в Российской Федерации является внедрение государственных образовательных стандартов, регламентирующих минимум требований к знаниям и умениям специалиста, а также материально-технические, учебно-методические и кадровые условия ведения образовательного процесса. Требование единства подходов к организации и нормативному обеспечению учебного процесса на всех уровнях образования содержится в Федеральном Законе РФ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» №125-ФЗ от 22.08.1996 г.

Традиционно сложившаяся двухуровневая система подготовки специалистов высшей медицинской квалификации нуждается в формировании современного нормативно-образовательного комплекса для дополнительного и дополнительного этапов обучения. Необходимо соблюдение преемственности додипломного и дополнительного профессионального образования. В послевузовском образовании должны сочетаться надежный методический базис и новейшая информация по специальности.

Образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности – «инфекционные болезни» определяет минимум требований к знаниям, умениям и практическим навыкам врача по специальности «инфекционные болезни», а также содержит унифицированные требования к организации учебного процесса. Настоящий Стандарт призван обеспечить, не нарушая принципов автономности образовательных учреждений, определенных Федеральным Законом РФ, единство основных требований, преемственность этапов обучения, фундаментальность подготовки с учетом достижений науки, техники и технологий, а также представить объективные критерии оценки деятельности образовательных и лечебно-профилактических учреждений.

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности – «инфекционные болезни» определяет минимум требований к знаниям, умениям и практическим навыкам врача-инфекциониста, а также содержит унифицированные требования к организации учебного процесса.

Образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки лиц с высшим медицинским образованием по специальности – «инфекционные болезни» содержит следующие разделы:

- Раздел 1 – общая характеристика специальности – «инфекционные болезни». Приведены нормативные документы, регламентирующие послевузовскую профессиональную подготовку специалистов с высшим медицинским образованием, нормативные сроки освоения Государственного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «инфекционные болезни» для получения квалификации «врач-инфекционист», профессиональное назначение и соответствие специальности «инфекционные болезни» квалификации (званию) «врач-инфекционист».
- Раздел 2 – уровень образования врача, необходимый для послевузовской профессиональной подготовки по специальности – «инфекционные болезни».
- Раздел 3 – квалификационные требования к уровню подготовки врачей, успешно завершивших обучение по программе дополнительного профессионального образования в интернатуре, клинической ординатуре или на цикле специализации по инфекционным болезням и получивших квалификацию «врач-инфекционист». Разработаны критерии профессиональной подготовки врача-инфекциониста по инфекционным болезням, гуманитарным, социально-экономическим, медико-биологическим, медико-профилактическим дисциплинам, смежным медицинским специальностям.
- Раздел 4 – общие требования к унифицированной программе дополнительного профессионального образования врачей по специальности – «инфекционные болезни», обязательный минимум содержания профессиональной образовательной программы по специальности – «инфекционные болезни», учебные планы послевузовской профессиональной подготовки врачей в интернатуре, клинической ординатуре по специальности «инфекционные болезни», переподготовки стажированных врачей по специальности «инфекционные болезни».
- Разделы 5 – 9 включают требования к организации учебно-педагогического процесса (кадровому, учебно-методическому, материально-техническому обеспечению учебного процесса, организации учебных практик).
- Разделы 10 – 12 содержат требования к итоговой государственной аттестации, аттестационные задания и перечень рекомендуемой литературы.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕЦИАЛЬНОСТИ – «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

1.1. Специальность – «Инфекционные болезни» утверждена приказом Минздрава РФ от 27.08.99 №337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации». Квалификация – «врач-инфекционист».

1.2. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 г № 707н.
Нормативные документы:

1.3. Профессиональное назначение и соответствие специальности «инфекционные болезни» квалификации (званию) - «врач-инфекционист».

1.3.1. Основные функциональные обязанности врача-инфекциониста:

- диагностика, лечение инфекционных болезней и предупреждение их распространения;
- диагностика и лечение сопутствующих патологических состояний у инфекционных больных;
- своевременная диагностика и оказание срочной помощи при неотложных состояниях у инфекционных больных;
- осуществление динамического наблюдения за реконвалесцентами инфекционных заболеваний;
- осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и стертых форм инфекционных заболеваний и факторов риска возникновения инфекционных заболеваний;
- выполнение врачебных медицинских манипуляций в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики;
- проведение медицинской экспертизы у инфекционных больных в установленном порядке;
- ведение утвержденных форм учетной и отчетной медицинской документации;
- проведение санитарно-просветительной работы по пропаганде здорового образа жизни,
- оказание консультативной помощи;
- проведение научных исследований по специальности.

1.3.2. Местом профессиональной деятельности врача-инфекциониста являются:

- государственные медицинские учреждения;
- негосударственные медицинские учреждения;
- органы управления службой здравоохранения различных ведомств и учреждений;

- научно-исследовательские учреждения, предприятия и организации, связанные с оказанием первичной медико-санитарной помощи населению и предоставлением ему медицинских услуг.

2. УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧА, НЕОБХОДИМЫЙ ДЛЯ ПОСЛЕВУЗОВСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ – «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ».

2.1. Уровнем образования специалиста, дающим ему право на продолжение дополнительного профессионального образования по специальности – «инфекционные болезни», является высшее медицинское образование по специальности «лечебное дело» - квалификация «врач» или по специальности «педиатрия» - квалификация «врач».

Выпускник должен иметь диплом об окончании высшего учебного заведения, выданный образовательным учреждением высшего профессионального образования, имеющим лицензию на право ведения образовательной деятельности в Российской Федерации. В дипломе должна быть запись о получении высшего медицинского образования по специальности «лечебное дело» с присвоением квалификации «врач» или по специальности «педиатрия» с присвоением квалификации «врач».

3. КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ И ПОЛУЧИВШИХ КВАЛИФИКАЦИЮ «ВРАЧ-ИНФЕКЦИОНИСТ».

3.1. Общие требования к уровню профессионального образования врача-инфекциониста.

3.1.1. Врач-инфекционист, завершивший обучение в интернатуре, клинической ординатуре или профессиональную переподготовку на цикле специализации по специальности – «инфекционные болезни», должен уметь оказывать квалифицированную врачебную помощь больным инфекционными заболеваниями, а также оказывать им первую врачебную помощь при смежных заболеваниях и неотложных состояниях, неукоснительно соблюдая требования врачебной этики и медицинской деонтологии.

3.1.2. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста ***по общественному здоровью и здравоохранению.***

По окончании обучения в интернатуре, клинической ординатуре или профессиональной переподготовки врач-инфекционист должен приобрести следующие знания, умения и навыки по социальной гигиене и организации здравоохранения.

Знать:

- основные положения законодательных актов, регламентирующих управление и финансирование здравоохранения, медицинское страхование граждан;
- квалификационные требования к врачу-инфекционисту, его права и обязанности, принципы организации работы в государственных, негосударственных лечебно-профилактических учреждениях и страховых компаниях.

Уметь:

- организовывать лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических мероприятий при оказании медико-санитарной помощи в объеме, предусмотренном квалификационной характеристикой врача-инфекциониста;
- формировать здоровый образ жизни, проводить экспертизу временной нетрудоспособности больных, соблюдать правила врачебной этики и медицинской деонтологии.

Приобрести практические навыки управления медицинской практикой:

- составление трудового договора (контракта) с государственными и негосударственными медицинскими учреждениями, муниципальными органами здравоохранения, страховыми медицинскими организациями, заявки для получения лицензии на осуществление вида медицинской деятельности;
- подготовка необходимой документации в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории по специальности «инфекционные болезни»;
- организация повседневной работы по своей специальности.

3.1.3. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста *для проведения организационных мероприятий.*

По окончании интернатуры, клинической ординатуры или прохождения профессиональной переподготовки на цикле специализации врач-инфекционист должен приобрести знания, умения и практические навыки проведения следующих организационных мероприятий:

- оздоровительных, профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- пропаганды медицинских знаний, здорового образа жизни, рационального питания;

- гигиенического воспитания и обучения различных групп населения;
- противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции, иммунопрофилактики совместно с представителем санитарно-противоэпидемического надзора;
- мероприятий по выявлению ранних клинических признаков инфекционных заболеваний, а также факторов риска возникновения инфекционных заболеваний, оказывая содействие в снижении их влияния на пациента;
- комплекса диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий;
- экспертизы временной нетрудоспособности больных, оформления направления на МСЭК, определения медицинских показаний к трудоустройству, переводу на облегченные условия труда, санаторно-курортному лечению;
- организации работы среднего и младшего медицинского персонала;
- составления плана своей работы, ведения учетно-отчетной медицинской документации.

3.2. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста *по медицине катастроф*.

По окончании обучения в интернатуре, клинической ординатуре или профессиональной переподготовки на цикле специализации врач-инфекционист должен приобрести знания, умения и практические навыки оказания первой врачебной помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях.

З н а т ь:

- принципы организации и задачи службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны, их учреждения, формирования, органы управления и оснащение;
- медико-тактическую характеристику очагов поражения различных видов;
- принципы организации лечебно-эвакуационного обеспечения пораженного населения в чрезвычайных ситуациях (этапность и требования к оказанию медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации);
- организацию и объем первой врачебной помощи пострадавшим, поступающим из очага катастрофы;
- основные принципы и способы защиты населения при катастрофах.

У м е т ь:

- оказывать первую врачебную помощь в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении раненых и больных из очага катастрофы;
- проводить основные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в условиях чрезвычайных ситуаций;
- пользоваться коллективными и индивидуальными средствами защиты.

3.3. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста *по научным основам медицинской профилактики.*

После завершения первичной специализации в интернатуре, клинической ординатуре или профессиональной переподготовки на цикле специализации врач-инфекционист должен приобрести следующие знания, умения и практические навыки по медицинской профилактике.

З н а т ь:

- определение понятий «профилактика», «медицинская профилактика»;
- факторы риска возникновения распространенных заболеваний;
- дифференциацию контингентных групп населения по уровню риска;
- социально-гигиенические и медицинские аспекты алкоголизма, наркоманий, токсикоманий;
- виды профилактических мероприятий;
- теоретические основы рационального питания;
- нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения;
- принципы лечебно-профилактического питания;
- принципы профилактики алкоголизма, табакокурения, наркомании и токсикомании.

У м е т ь:

- применять принципы санологии и профилактической медицины.

В л а д е т ь:

- методами определения и оценки физического развития;
- методами определения и оценки функционального состояния организма;
- методами обучения принципам здорового образа жизни и отказа от вредных привычек.

3.4. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста *по медицинской деонтологии.*

По завершении первичной специализации в интернатуре, клинической ординатуре или профессиональной переподготовки на цикле специализации врач-инфекционист должен приобрести следующие знания, умения и практические навыки по медицинской деонтологии.

З н а т ь:

- определение понятий «этика», «деонтология», «медицинская деонтология»;
- элементы медицинской деонтологии;
- морально-этические нормы поведения медицинского работника;
- требования медицинской деонтологии к организации работы врача-инфекциониста;
- определение понятия «ятрогенные заболевания»;
- факторы, способствующие возникновению и развитию ятрогенных заболеваний;
- прогноз ятрогенных заболеваний.

У м е т ь;

- применять правила врачебной этики и нормы медицинской деонтологии при проведении профилактических и лечебно-диагностических мероприятий во время оказания медико-санитарной помощи.

3.5. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста *по медицинской психологии.*

По завершении первичной специализации в интернатуре, клинической ординатуре или профессиональной переподготовки на цикле специализации врач-инфекционист должен приобрести следующие знания, умения и навыки по медицинской психологии.

З н а т ь:

Основы медицинской психологии:

- определение понятий «психология», «медицинская психология», «психология больного человека»;
- психические свойства личности;
- особенности психических процессов у здорового и больного человека;
- определение понятий «психогенные болезни», роль психических факторов в предупреждении возникновения и развития заболеваний.

Основы психопрофилактики и психотерапии.

У м е т ь:

- применять общие принципы и методы медицинской психологии при оказании медико-санитарной помощи пациентам в условиях профессиональной деятельности врача-инфекциониста;
- использовать вербальные и невербальные средства общения в психотерапевтических целях.

3.6. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста *по медицинской информатике.*

По завершении первичной специализации в интернатуре, клинической ординатуре или профессиональной переподготовки на цикле специализации врач-инфекционист должен приобрести следующие знания, умения и практические навыки по медицинской информатике:

З н а т ь:

- основы информатики, вычислительной техники, медицинской кибернетики и программирования;
- общие принципы статистических методов обработки медицинской информации;
- общую структуру и функциональные возможности персональных компьютеров.

У м е т ь;

- использовать персональный компьютер для создания базы данных и составления статистических отчетов;

- пользоваться компьютерными программами, созданными для информационно-справочной поддержки врача-инфекциониста.

3.7. Требования к уровню подготовки врача-инфекциониста *по фундаментальной медицине.*

По завершении обучения в интернатуре, клинической ординатуре или профессиональной переподготовки на цикле специализации врач-инфекционист должен приобрести следующие знания, умения и практические навыки по фундаментальной медицине.

Зн а т ь:

- сущность методик исследования различных функций человека для оценки состояния его здоровья, которые широко используются в практической медицине;
- основные закономерности общей этиологии (роль причин, условий и реактивности организма в возникновении заболеваний);
- общие закономерности патогенеза и морфогенеза, а также основные аспекты учения о болезни;
- причины, механизмы развития и проявления типовых патологических процессов, лежащих в основе различных заболеваний;
- этиологию, патогенез и патоморфологию, ведущие проявления и исходы наиболее важных деструктивных, воспалительных, иммунопатологических, опухолевых и других болезней;
- методологические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных заболеваний человека.

У м е т ь:

- оценивать и объяснять основные закономерности формирования и регуляции физиологических функций человека в процессе его жизнедеятельности;
- оценивать и объяснять возрастные особенности организма человека и его функциональных систем;
- ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез и морфогенез;
- представлять роль типовых патологических процессов в развитии различных по этиологии и патогенезу заболеваний – деструктивных, воспалительных, иммунопатологических, опухолевых и др.;
- использовать теоретические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных заболеваний человека.

3.8. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста для проведения мероприятий неотложной медицинской помощи.

В результате завершения обучения в интернатуре, клинической ординатуре или профессиональной переподготовки на цикле специализации по инфекционным болезням врач-инфекционист должен приобрести

знания, умения и практические навыки по оказанию неотложной медицинской помощи в объеме первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях:

- **шок (анафилактический, инфекционно-токсический, геморрагический, гиповолемический, кардиогенный и др.);**
- **гипертермический синдром;**
- **обморок;**
- **коллапс;**
- **кома (гипо- и гипергликемическая, мозговая, печеночная, почечная, неясной этиологии);**
- **острая дыхательная недостаточность;**
- **отек гортани, астматический статус;**
- **отек Квинке;**
- **острая сердечная недостаточность;**
- **острое нарушение ритма сердца;**
- **гипертензивный криз;**
- **стенокардия;**
- **инфаркт миокарда;**
- **печеночная колика;**
- **почечная колика;**
- **кровотечения наружные (артериальное, венозное), внутренние (желудочно-кишечное, носовое, маточное, легочное);**
- **тромбогеморрагический синдром;**
- **острая задержка мочи;**
- **острая почечная недостаточность;**
- **острая печеночная недостаточность;**
- **острый живот;**
- **острые нарушения мозгового кровообращения;**
- **отек легких;**

- *отек мозга;*
- *судорожные состояния, эпилептический статус;*
- *абстинентный синдром при алкоголизме и наркомании;*
- *психомоторное возбуждение;*
- *поствакцинальная реакция;*
- *отравления;*
- *тиреотоксический криз;*
- *острый приступ глаукомы;*
- *преэклампсия, эклампсия;*
- *клиническая смерть.*

3.9. Общие требования к уровню подготовки и содержание знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста *по инфекционным болезням* для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

По завершении обучения в клинической интернатуре, ординатуре или на цикле специализации стажированных врачей по инфекционным болезням врач-инфекционист должен приобрести знания, умения и практические навыки по диагностике, лечению, предупреждению распространения инфекционных болезней.

З н а т ь:

- сущность инфекционного процесса в свете современных представлений;
- этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину и классификацию распространенных инфекционных болезней;
- варианты течения основных инфекционных болезней;
- современные методы специфической диагностики инфекционных болезней;
- клинику характерных осложнений и неотложных состояний инфекционных болезней;
- показания к госпитализации и амбулаторному лечению инфекционных больных;
- основные принципы лечения инфекционных болезней (этиотропная, патогенетическая, симптоматическая терапия);
- принципы профилактики инфекционных болезней и основы прививочного дела, календарь прививок;
- эпидемиологию и профилактику внутрибольничных инфекций;

- особенности течения инфекционных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста; лиц, страдающих наркоманией и алкоголизмом; беременных.

У м е т ь:

- проводить обследование инфекционного больного (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- оценивать дифференциально-диагностическую значимость симптомов и синдромов, характерных для инфекционных болезней;
- проводить медицинскую сортировку, определить показания для госпитализации.
- составлять план необходимого лабораторного и инструментального обследования, осуществлять забор патологических материалов от больного;
- интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования больного;
- самостоятельно осуществлять лечение инфекционных больных и их последующую реабилитацию с учетом этиологии, тяжести болезни и сопутствующих патологических состояний.
- самостоятельно проводить диагностику и лечение сопутствующих заболеваний, относящихся к смежным дисциплинам, с привлечением при необходимости для консультации соответствующих специалистов;
- самостоятельно проводить диагностику и оказывать неотложную (экстренную) помощь, а также определять дальнейшую медицинскую тактику при угрожающих состояниях;
- организовывать проведение противоэпидемических мероприятий в обслуживаемом медицинском учреждении;
- проводить экспертизу временной нетрудоспособности больного, определение рекомендаций к санаторно-курортному лечению;
- формулировать диагноз в соответствии с требованиями МКБ-10.

При обучении в интернатуре, клинической ординатуре и на цикле переподготовки врачей по специальности – «инфекционные болезни» подлежат изучению следующие инфекционные заболевания:

Бактериальные инфекции:

- боррелиозы;
- ботулизм, столбняк и другие клостридиозы
- бруцеллез;
- брюшной тиф, паратифы А, В и другие сальмонеллезы;
- дифтерия;
- иерсиниозы (кишечный, псевдотуберкулез, чума);
- кампилобактериоз;
- коклюш;
- легионеллез;
- лептоспироз;
- листериоз;

- мелиоидоз;
- менингококковая инфекция;
- пищевые токсикоинфекции;
- сап;
- сибирская язва;
- стафилококковая инфекция;
- стрептококковая инфекция (скарлатина, рожа, ангина, пневмония и др. формы);
- туляремия;
- холера;
- шигеллезы;
- эшерихиозы;
- эризипеллоид.

Риккетсиозы:

- эпидемический сыпной тиф, болезнь Брилля;
- эндемический (блошинный) сыпной тиф;
- клещевые пятнистые риккетсиозы.

Коксиеллезы:

- лихорадка Ку.

Ориенция-инфекция:

- цуцугамуши.

Бартоanelлезы; фелиноз; волынская лихорадка.

Хламидиозы:

- орнитоз;
- инфекция хламидией трахоматис;
- инфекция хламидией пневмонии.

Микоплазмозы:

- острое респираторное заболевание, пневмония;
- другие микоплазмозы.

Прионные болезни.

Вирусные инфекции:

- вирусные гепатиты:
 - вирусный гепатит А;
 - вирусный гепатит В (с дельта-агентом и без дельта-агента);
 - острая дельта(супер)-инфекция вирусноносителя гепатита В;
 - вирусный гепатит С;
 - вирусный гепатит Е;
- острые респираторные вирусные инфекции:
 - грипп;
 - парагрипп;
 - аденовирусная инфекция;
 - респираторно-синцитиальная вирусная инфекция;
 - риновирусная инфекция;
 - коронавирусная инфекция;

- энтеровирусная инфекция;
- эпидемический паротит;
- ротавирусный гастроэнтерит;
- менингоэнцефалиты вирусной этиологии;
- бешенство;
- ВИЧ-инфекция;
- вирусные геморрагические лихорадки:
 - геморрагическая лихорадка с почечным синдромом;
 - желтая лихорадка,
 - лихорадка денге,
 - лихорадка геморрагическая Крым-Конго,
 - лихорадка Ласса,
 - лихорадка Марбург,
 - лихорадка Эбола;
- корь;
- краснуха;
- флеботомная лихорадка;
- герпесвирусные инфекции:
 - герпетическая инфекция вирусами простого герпеса 1 – 2 типов;
 - опоясывающий герпес, ветряная оспа;
 - цитомегаловирусная инфекция;
 - Эпштейна-Барр – вирусная инфекция;
- оспа натуральная;
- оспа обезьян;
- коровья оспа и паравакцина;
- ящур.

Протозойные инфекции:

- амебиаз;
- балантидиаз;
- криптоспоридиоз;
- лейшманиоз (кожный, висцеральный);
- лямблиоз;
- малярия;
- пневмоцистоз;
- токсоплазмоз;
- трипаносомозы (африканский, американский).

Гельминтозы:

- нематодозы:
 - аскаридоз,
 - энтеробиоз,
 - анкистлостомидозы,
 - трихинеллез,
 - стронгилоидоз,

- филяриозы,
- дракункулез;
- трематодозы:
 - шистосомозы (мочеполовой шистосомоз, кишечный шистосомоз Менсона, шистосомоз кишечный интеркалатный, шистосомоз японский),
 - описторхоз,
 - клонорхоз,
 - парагонимоз,
 - фасциолезы;
- цестодозы:
 - эхинококкоз,
 - геминтолепидоз,
 - лентецы.

Болезни, вызываемые членистоногими:

- педикулез;
- чесотка;
- тяжелые реакции на укусы членистоногих.

Микозы:

- актиномикоз;
- аспергиллез;
- гистоплазмоз;
- кандидозы.

Сепсис.

Тактика ведения больных с лихорадкой неясной этиологии.

По завершении обучения в клинической интернатуре, ординатуре или на цикле специализации стажированных врачей по инфекционным болезням врач-инфекционист должен владеть следующими врачебными манипуляциями (в скобках указано минимальное количество выполненных манипуляций, необходимых для освоения практического навыка):

- все виды инъекций /подкожные, внутримышечные и внутривенные/ (по 10 манипуляций);
- капельное и струйное переливание лекарств (10);
- введение специфических иммуноглобулинов, сывороток (человеческих, гетерогенных) (10);
- переливание крови и кровезаменителей (необходимые пробы на совместимость, оценка годности гемотрансфузионной среды) (10);
- введение профилактических вакцин (10);
- приготовление и просмотр мазков крови на малярию (10);
- люмбальная пункция (15);
- плевральная пункция (освоение на элективных курсах);
- стерильная пункция (освоение на элективных курсах) ;
- пункция кожных пузырей (5);
- передняя тампонада носа при кровотечении (10);

- аспирация слизи из верхних дыхательных путей, методы очистки верхних дыхательных путей при аспирации жидкостей (10);
- оксигенотерапия (10);
- снятие и расшифровка ЭКГ (20).
- промывание желудка (10);
- чрезносое введение желудочного зонда (15);
- пальцевое исследование прямой кишки (20);
- ректороманоскопия (20);
- катетеризация мочевого пузыря (15);

На манекене-тренажере осваиваются:

- интубация трахеи
- трахео- или коникотомия, трахеостомия
- искусственное дыхание с помощью ручных аппаратов
- непрямой массаж сердца

3.10. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста *по применению лекарственных и нелекарственных методов лечения инфекционных заболеваний.*

По завершении первичной специализации в интернатуре, клинической ординатуре или профессиональной переподготовки на цикле специализации врач-инфекционист должен приобрести следующие знания, умения и практические навыки по применению лекарственных и нелекарственных методов лечения инфекционных заболеваний.

З н а т ь:

- основы клинической фармакологии, фармакокинетики;
- принципы фармакотерапии инфекционных заболеваний;
- принципы диетотерапии, психотерапии, лечебной физкультуры и физиотерапии при лечении инфекционных заболеваний;
- основы реанимации и интенсивной терапии: патофизиологию угасания жизненных функций организма, показания к проведению реанимации.

У м е т ь:

- определить показания и противопоказания к назначению лекарственных средств и провести индивидуализированную терапию в объеме квалифицированной медицинской помощи при инфекционных заболеваниях;
- определить показания и противопоказания к назначению рациональной диеты и провести диетотерапию при инфекционных заболеваниях;
- определить показания и противопоказания к применению ЛФК, назначить лечебную гимнастику и оценить эффективность ЛФК при лечении инфекционных заболеваний;
- определить показания и противопоказания к назначению психотерапии и оценить эффективность психотерапии при лечении инфекционных заболеваний;
- определить показания и противопоказания к проведению реанимации.

3.11. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста *по диагностике и лечению распространенных внутренних болезней.*

По завершении интернатуры, клинической ординатуры или профессиональной переподготовки на цикле специализации врач-инфекционист должен приобрести следующие знания, умения и практические навыки по диагностике и лечению распространенных внутренних болезней у инфекционных больных в объеме первой врачебной помощи.

Знать:

- основные клинические проявления и течение заболеваний внутренних органов;
- особенности клиники и течения распространенных заболеваний внутренних органов у лиц пожилого и старческого возраста.

Уметь:

- оказать первую врачебную помощь взрослым, в том числе лицам пожилого и старческого возраста;
- осуществить раннюю диагностику распространенных заболеваний внутренних органов по клиническим синдромам, дифференциальную диагностику;
- организовать индивидуализированное лечение;
- оказать неотложную медицинскую помощь в объеме первой врачебной помощи в экстремальных условиях при массовом поступлении больных с заболеваниями (поражениями) внутренних органов.

Болезни органов дыхания

Клинические симптомы и синдромы

- кашель
- одышка
- кровохарканье
- боль в грудной клетке
- плевральный синдром
- бронхообструктивный синдром
- синдром легочной недостаточности

Нозологические формы

- острый и хронический бронхит
- бронхиальная астма
- эмфизема легких
- пневмонии
- альвеолиты
- абсцесс легкого
- рак легкого
- хроническая дыхательная недостаточность
- сухой и экссудативный плеврит
- эмпиема плевры
- пневмоторакс, ателектаз легкого
- пневмосклероз

Болезни системы кровообращения

Клинические симптомы и синдромы

- аритмии сердца
- артериальная гипертензия
- злокачественная артериальная гипертензия
- кардиогенный шок
- гипертензивный криз
- недостаточность кровообращения
- остановка сердца

Нозологические формы

- гипертоническая болезнь
- атеросклероз
- ишемическая болезнь сердца:
 - инфаркт миокарда
 - стенокардия
 - постинфарктный кардиосклероз
 - атеросклеротический кардиосклероз
- врожденные и приобретенные пороки сердца
- заболевания миокарда:
 - миокардиты
 - миокардиодистрофии
 - кардиомиопатии
- заболевания эндокарда:
 - инфекционный эндокардит
- заболевания перикарда:
 - сухой и экссудативный перикардит
- нарушения ритма и проводимости (аритмии, блокады)
- застойная сердечная недостаточность
- тромбоэмболия легочной артерии
- вегетососудистая дистония (нейроциркуляторная дистония)

Заболевания системы пищеварения

Клинические симптомы и синдромы

- тошнота, рвота
- изжога
- дисфагия
- боль в животе
- диарея
- желудочно-кишечное кровотечение
- запор

Нозологические формы

- заболевания пищевода:
 - эзофагит
 - рак пищевода
- хронические гастриты

- язвенная болезнь желудка
- язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
- рак и другие новообразования желудка
- дуоденит
- хронический энтерит
- хронический колит:
 - неспецифический язвенный колит
 - болезнь Крона
- опухоли толстой и тонкой кишки
- рак прямой кишки
- синдром раздражения толстой кишки
- острый и хронический панкреатит
- рак поджелудочной железы
- дисбактериоз

Заболеваний печени и желчных путей

Клинические симптомы и синдромы

- желтуха
- боль в животе
- дискинезия желчных путей и желчного пузыря
- печеночная колика
- печеночноклеточная недостаточность
- портальная гипертензия
- холестаза

Нозологические формы

- холецистит
- холангит
- склерозирующий холангит
- желчнокаменная болезнь
- постхолецистэктомический синдром
- опухоли желчного пузыря и желчных путей
- острый и хронический гепатит
- токсические поражения печени
- семейные негемолитические гипербилирубинемии
- цирроз печени
- новообразования печени
- паразитарные болезни печени
- заболевания печени, связанные с беременностью:
 - острая жировая печень беременных
 - холестаза беременных

Заболевания мочевой системы

Клинические симптомы и синдромы

- почечная колика
- недержание мочи
- нефротический синдром

- гипертензивный синдром
- острая почечная недостаточность
- хроническая почечная недостаточность
- острая задержка мочи

Нозологические формы

- острый и хронический гломерулонефрит
- острый и хронический пиелонефрит
- амилоидоз
- мочекаменная болезнь
- токсические поражения почек
- новообразования почек, рак почки
- острый и хронический цистит
- уретрит
- врожденные аномалии почек и мочевых путей
- простатит
- аденома предстательной железы
- рак предстательной железы
- рак мочевого пузыря
- недержание мочи

Болезни системы кроветворения

Клинические синдромы и нозологические формы

- геморрагический синдром
- увеличение лимфатических узлов
- анемии:
 - гемолитическая анемия
 - постгеморрагическая анемия
 - железодефицитная анемия
 - В₁₂- и фолиеводефицитная анемия
 - гипо- и апластическая анемия
- геморрагические диатезы
- агранулоцитоз
- острые и хронические лейкозы
- эритремия и эритроцитозы
- миеломная болезнь
- лимфаденопатии
- лимфогранулематоз
- лимфомы

Заболевания эндокринной системы. Нарушения обмена веществ

Клинические синдромы

- жажда
- кожный зуд
- полиурия
- избыточная масса тела

- увеличение щитовидной железы (зоб)
- тахикардия
- артериальная гипертензия
- офтальмопатия
- мышечная слабость

Нозологические формы

- сахарный диабет
- тиреоидит
- диффузный токсический зоб
- рак щитовидной железы
- гипотиреоз (микседема)
- гипопаратиреоз, гиперпаратиреоз
- болезнь и синдром Иценко-Кушинга
- заболевания коры надпочечников (болезнь Аддисона, феохромоцитомы)
- ожирение
- подагра
- гипо- и авитаминозы

Заболевания суставов и соединительной ткани

Клинические симптомы и синдромы

- боль в суставах
- деформация суставов
- поражение сухожильно-связочного аппарата суставов
- боль в мышцах
- амиотрофия

Нозологические формы

- системные заболевания соединительной ткани:
 - системная красная волчанка
 - системная склеродермия
 - узелковый периартериит
 - дерматополимиозит
- ревматизм
- ревматоидный артрит
- реактивный артрит
- деформирующий остеоартроз
- болезнь Бехтерева
- болезнь и синдром Рейтера
- опухоли костей и соединительной ткани
- остеохондроз позвоночника
- люмбаго
- остеопороз
- миозит
- контрактуры
- бурсит, тендовагинит, синовит

3.12. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста *по профилактике, диагностике и лечению хирургических болезней.*

По завершении интернатуры, клинической ординатуры или переподготовки на цикле специализации врач-инфекционист должен приобрести знания, умения и практические навыки по диагностике и лечению распространенных хирургических болезней и травм при оказании первой медицинской помощи.

Знать:

- основные клинические проявления и течение часто встречающихся хирургических болезней и травм;
- общие принципы диагностики и лечения хирургических болезней и травм.

Уметь осуществлять мероприятия первой медицинской помощи взрослым и лицам пожилого и старческого возраста при хирургических болезнях и травмах:

- раннюю диагностику по клиническим синдромам, дифференциальную диагностику распространенных хирургических болезней и травм;
- первую медицинскую помощь при часто встречающихся хирургических болезнях и травмах;
- экстренную медицинскую помощь в объеме первой медицинской помощи в экстремальных условиях при массовом поступлении больных хирургического профиля и пораженных при катастрофах;
- определять показания для консультации больного врачом-хирургом и/или госпитализации больного в хирургический стационар.

Хирургические заболевания органов брюшной полости и неотложные состояния, осложняющие их течение

- острый живот:
 - острый аппендицит
 - прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки
 - острый холецистит
 - острый панкреатит
 - острая кишечная непроходимость
 - острый перитонит
 - ущемленные грыжи
- острые желудочно-кишечные кровотечения

Болезни сосудов

- варикозная болезнь
- флебит и тромбофлебит
- острая артериальная непроходимость, эмболия
- тромбоз сосудов конечностей

Гнойные заболевания, раневая инфекция

- фурункул, карбункул
- гидраденит
- абсцесс
- флегмона

- лимфаденит
- панариций
- сепсис
- гангрена

Заболевания прямой кишки

- геморрой
- проктит, парапроктит

Травмы

- ушибы
- раны
- переломы
- вывихи
- ожоги
- отморожения

3.13. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста *по акушерству и гинекологии*.

По завершении интернатуры, клинической ординатуры или переподготовки на цикле специализации врач-инфекционист должен приобрести знания, умения и практические навыки диагностики и лечения распространенных гинекологических заболеваний у женщин в объеме первой врачебной помощи.

Знать:

- клинику и течение часто встречающихся гинекологических заболеваний;
- основы акушерства.

Уметь:

- провести раннюю диагностику по клиническим синдромам, дифференциальную диагностику, лечение в объеме первой врачебной помощи часто встречающейся патологии беременности и гинекологических заболеваний;
- оказать экстренную медицинскую помощь в объеме первой врачебной помощи больным при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии.

Клинические синдромы и нозологические формы

- кольпит
- сальпингит
- оофорит
- нарушения менструального цикла
- угрожающий аборт
- роды
- токсикозы беременности:
 - неукротимая рвота беременных
 - преэклампсия, эклампсия

- послеродовые заболевания молочных желез:
 - лактастаз
 - мастит
 - абсцесс молочной железы
- предопухолевые заболевания женских половых органов:
 - опухолевидные заболевания яичников
 - доброкачественные и пограничные опухоли
 - миома матки
- злокачественные опухоли:
 - рак матки
 - рак яичников
 - рак молочной железы
- острый живот в гинекологии:
 - внематочная беременность
 - апоплексия яичников
 - перфорация матки
 - пельвиоперитонит
 - перекрут ножки опухоли яичника

3.14. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста *по диагностике и лечению заболеваний нервной системы.*

По завершении обучения в интернатуре, клинической ординатуре или на цикле специализации стажированных врачей по инфекционным болезням врач-инфекционист должен приобрести знания, умения и практические навыки по диагностике и лечению в объеме первой врачебной помощи распространенных заболеваний нервной системы.

З н а т ь:

- семиотику заболеваний нервной системы;
- клинические проявления распространенных заболеваний периферической нервной системы и головного мозга у взрослых;
- клинические синдромы неотложных состояний в невропатологии;
- принципы фармакотерапии часто встречающихся заболеваний нервной системы.

В л а д е т ь следующими методами обследования больного, применяемыми в неврологии:

- исследование моторных качеств (поза, мышечный тонус, контрактура, атрофия мышц);
- определение чувствительности;
- исследование сухожильных рефлексов;
- оценку координации движений;
- выполнение спинномозговой пункции.

У м е т ь :

- оказать первую врачебную помощь при неотложных состояниях, осложняющих течение заболеваний нервной системы;

- определить медицинские показания к госпитализации неврологических больных;
- в условиях чрезвычайной ситуации оказать неотложную первую врачебную помощь больным, имеющим заболевания и поражения нервной системы.

Основные симптомы

- общие симптомы поражения нервной системы:
 - головная боль
 - головокружение (системное, несистемное)
 - рвота
 - расстройства сна и бодрствования
 - нарушения сознания
- патология черепных нервов (12 пар)
- патология движения:
 - периферический, центральный паралич
 - расстройство координации
 - нарушение статики и походки
 - насильственные движения (гиперкинезы, эпилептические припадки)
 - патология рефлексов
- общая семиотика нарушений чувствительности
- менингеальные симптомы
- тазовые расстройства
- нарушения высших корковых функций:
 - афазия
 - аграфия
 - алексия
- нарушения высшей нервной деятельности:
 - дезориентировка
 - расстройство внимания

Клинические синдромы нарушения сознания и неотложных состояний

- кома
- сопор
- оглушенность
- травматический, токсический, анафилактический шок
- коллапс
- эпилептический припадок
- эпилептический статус
- тетанический статус
- гипертензионно-гидроцефальные кризы
- гипотонические кризы
- гипертонические кризы
- психомоторное возбуждение

Нозологические формы

- сосудистые заболевания головного мозга:
 - преходящие нарушения мозгового кровообращения

- ишемические инсульты
- геморрагические инсульты
- вертебробазиллярная дисциркуляция
- старческая дегенерация головного мозга
- гипертоническая энцефалопатия
- заболевания периферической нервной системы:
 - невриты
 - плекситы
 - радикулиты, ишиас
 - алкогольная полиневропатия
- воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек:
 - энцефалит
 - менингит
 - арахноидит
- травматические повреждения головного мозга:
 - сотрясение головного мозга
 - ушиб головного мозга
- диэнцефальный гипоталамический синдром
- эпилепсия, судорожные состояния
- рассеянный склероз
- мигрень
- паркинсонизм
- опухоли головного мозга
- опухоли спинного мозга

3.15. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста *по диагностике и лечению кожных и венерических болезней.*

После отработки программы первичной специализации в интернатуре, клинической ординатуре или окончании обучения на цикле специализации стажированных врачей по инфекционным болезням врач-инфекционист должен приобрести знания, умения и практические навыки по диагностике и лечению распространенных кожных и венерических болезней в объеме первой врачебной помощи.

З н а т ь:

- общую симптоматику заболеваний кожи;
- дифференциальную диагностику инфекционных и неинфекционных заболеваний кожи и слизистых оболочек;
- современные особенности клиники сифилиса;
- принципы диагностической и лечебно-профилактической тактики врача-инфекциониста при выявлении больного с венерическим заболеванием.

Нозологические формы

- неинфекционные болезни кожи:
 - дерматиты

- токсидермии
- экзема
- псориаз
- фотодерматозы
- себорея
- болезни волос:
 - гнездная алопеция
 - диффузная алопеция
- инфекционные болезни кожи и ее придатков:
 - пиодермии
 - фурункул
 - карбункул
 - гидраденит
- трофические язвы, пролежни
- грибковые заболевания кожи:
 - разноцветный лишай
 - микроспория
 - трихофития
 - эпидермофития
 - глубокие микозы
- опухоли кожи:
 - саркома Капоши
- заболевания, передающиеся половым путем:
 - сифилис
 - гонорея
 - хламидиоз

3.16. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста *по фтизиатрии*.

После отработки программы первичной специализации в интернатуре, клинической ординатуре или окончания обучения на цикле специализации стажированных врачей по инфекционным болезням врач-инфекционист должен приобрести знания, умения и практические навыки по диагностике и лечению туберкулеза в объеме первой врачебной помощи.

З н а т ь:

- современные особенности эпидемиологии туберкулеза;
- клиническую картину первичного туберкулезного комплекса у взрослых;
- клинику туберкулеза органов дыхания и наиболее часто встречающихся внелегочных форм туберкулеза.

У м е т ь:

- давать клиническую оценку результатов туберкулиновых проб;
- проводить диагностику начальных проявлений туберкулеза легких и часто встречающейся внелегочной локализации туберкулеза по клиническим синдромам;

- оказать экстренную первую врачебную помощь при неотложных состояниях, осложняющих течение туберкулеза.

Нозологические формы и синдромы

Туберкулез легких и плевры:

- первичный туберкулезный комплекс у взрослых;
- туберкулез внутригрудных лимфатических узлов у взрослых;
- диссеминированный туберкулез легких;
- очаговый туберкулез легких;
- инфильтративный туберкулез легких;
- туберкулома легких;
- фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
- туберкулезный плеврит.

Внелегочные формы туберкулеза:

- туберкулез мочевой системы;
- туберкулез периферических лимфатических желез;
- абдоминальный туберкулез;
- туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы.

3.17. Требования к уровню подготовки и минимуму содержания знаний, умений и практических навыков врача-инфекциониста *по психиатрии*.

После отработки программы первичной специализации в интернатуре, клинической ординатуре или окончании обучения на цикле специализации стажированных врачей по инфекционным болезням врач-инфекционист должен приобрести в объеме первой врачебной помощи знания, умения и практические навыки по диагностике и лечению распространенных психических болезней у инфекционных больных.

З н а т ь:

- клинику основных психопатологических синдромов;
- ведущие клинические синдромы наиболее часто встречающихся психических заболеваний у взрослых;
- ведущие клинические синдромы алкоголизма, наркоманий и токсикоманий;
- клинические синдромы неотложных состояний, осложняющих течение психических заболеваний, алкоголизма, наркоманий и токсикоманий;
- принципы оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях, осложняющих течение психических заболеваний, алкоголизма, наркоманий и токсикоманий;
- принципы работы врача-инфекциониста при оказании первой врачебной помощи больным и пораженным, имеющим психические заболевания и аффективно-шоковые реакции при стихийных бедствиях, во время их поступления из очага катастрофы.

В л а д е т ь:

- методикой клинической диагностики неотложных состояний, осложняющих течение психических заболеваний у взрослых;
- методикой диагностики по клиническим синдромам неотложных состояний, осложняющих течение алкоголизма, наркоманий и токсикоманий;

- практическими навыками лекарственной терапии и методикой оказания неотложной первой врачебной помощи при неотложных состояниях, осложняющих течение психических заболеваний, алкоголизма, наркоманий и токсикоманий

Психопатологические синдромы

- астенический синдром
- бредовые и галлюцинаторные синдромы
- кататонический синдром
- синдромы помрачения сознания
- судорожный синдром

Нозологические формы

- шизофрения
- психозы
- хронический алкоголизм
- наркомании
- токсикомании

4. ТРЕБОВАНИЯ К ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ – «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

4.1. Общие требования к унифицированной программе дополнительного профессионального образования врачей по специальности “Инфекционные болезни”.

4.1.1. Унифицированная программа послевузовской профессиональной подготовки врача по специальности – «инфекционные болезни» разрабатывается на основе настоящего государственного образовательного стандарта и включает в себя курсы учебных дисциплин: гуманитарных, социально-экономических, медико-биологических, медико-профилактических и клинических.

4.1.2. Унифицированная программа должна иметь следующую структуру:

- введение;
- пояснительная записка;
- квалификационная характеристика;

- методические рекомендации по преподаванию специальности;
- общая (глобальная) цель обучения по унифицированной программе, сформулированная на основе квалификационной характеристики врача-инфекциониста и представляющая собой определение уровня теоретических знаний, умений и практических навыков, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности, приобретаемых в результате освоения программы дополнительного профессионального образования врачей;
- сформулированные на основе глобальной цели промежуточные цели курсов (модулей), определяющие уровень знаний, умений и навыков, которыми должен обладать врач после освоения программы данного курса обучения, и содержание программы этого курса (модуля) унифицированной программы;
- учебные планы: интернатуры, клинической ординатуры, специализации (переподготовки) стажированных врачей по инфекционным болезням; общего усовершенствования, тематического усовершенствования и сертификационного цикла для стажированных врачей инфекционистов;
- клинические задачи к проведению итоговой аттестации;
- список обязательной и рекомендуемой литературы.

4.1.3. Тематические учебные планы формируются на основе унифицированной программы дополнительного профессионального образования врачей по специальности – «инфекционные болезни». Распределение учебных часов по темам и видам учебных занятий производится самим учебным заведением с учетом местных условий работы специалиста.

4.2. Обязательный минимум содержания профессиональной образовательной программы по специальности – «инфекционные болезни»; квалификация – «врач-инфекционист»

№ п/п	Наименование дисциплины и основные разделы
1.	<p style="text-align: center;">Общественное здоровье и здравоохранение</p> <ul style="list-style-type: none"> • Показатели общественного здоровья, факторы, активно влияющие на эти показатели. Роль здравоохранения (медицины) в их формировании. • Законодательные акты по здравоохранению. Страховая медицина и ее роль в реформе здравоохранения. Законодательные аспекты деятельности врача-инфекциониста. Права врача-инфекциониста. Организация труда и функциональные обязанности. Оплата труда, поощрительные и штрафные санкции. Критерии оценки качества работы. Учет и отчетность ЛПУ и врача. Гарантии государства по охране и защите прав врача и пациента. • Организация инфекционной службы.

№ п/п	Наименование дисциплины и основные разделы
	<ul style="list-style-type: none"> • Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности. • Медицина катастроф. Принципы организации и задачи службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны. Медико-тактическая характеристика очагов поражения при катастрофах различных видов. Чрезвычайные эпидемиологические ситуации. Основные принципы и способы защиты населения при катастрофах. Принципы лечебно-эвакуационного обеспечения пораженного населения в чрезвычайных ситуациях (этапность лечения и требования к оказанию медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации). • Основы медицинской профилактики. Принципы санологии и профилактической медицины. Дифференциация контингентных групп населения по уровню риска. Методы обучения принципам здорового образа жизни.
2.	<p style="text-align: center;"><i>Медицинская психология. Этика и деонтология.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основы медицинской психологии. Особенности психических процессов у здорового и больного человека. «Психогенные болезни». Применение принципов и методик медицинской психологии в условиях профессиональной деятельности врача-инфекциониста. • Медицинская этика и деонтология. Элементы медицинской деонтологии. Ятрогенные заболевания, факторы, способствующие их развитию. Морально-этические нормы поведения медицинского работника.
3.	<p style="text-align: center;"><i>Фундаментальная медицина</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патологическая физиология. Реактивность, воспаление, адаптация. Реактивность как основа адаптации и гомеостаза организма. Аллергическая реактивность и механизмы аллергических реакций. Механизмы развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания, инфекционно-токсического шока. Оценка функционального состояния различных органов и систем в инфектологии. • Патологическая анатомия. Вопросы общей патологической анатомии: дистрофия, некроз, нарушения крово- и лимфообращения, воспаление, компенсаторно-приспособительные процессы. Клинико-морфологическая характеристика инфекционных болезней. • Микробиология. Систематика и номенклатура микроорганизмов; основы морфологии, физиологии микроорганизмов; основы генетики микроорганизмов. Патогенность, вирулентность, токсичность микроорганизмов. Основы микроэкологии. Микрофлора тела здорового человека.

№ п/п	Наименование дисциплины и основные разделы
	<p>Общие сведения об иммунитете. Иммунологические и микробиологические основы лабораторных методов диагностики инфекционных заболеваний. Основы иммунопрофилактики и иммунотерапии инфекционных заболеваний. Патология иммунной системы. Природа иммунопатологических нарушений при первичных и вторичных иммунодефицитных состояниях. Физиологические иммунодефициты.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Медицинская информатика в работе врача-инфекциониста. Общие принципы использования компьютерной техники во врачебной практике. Принципы работы с компьютером (теоретические основы и практическое овладение). Конкретные возможности компьютеризации организационной, диагностической и лечебной деятельности врача. Формирование банка данных и возможности его использования. Использование компьютерной техники для составления программ обследования и лечения.
4.	<p style="text-align: center;">Методы лабораторной и инструментальной диагностики в работе врача-инфекциониста</p> <p>Лабораторная диагностика инфекционных заболеваний</p> <p>Забор патологических материалов от инфекционных больных для специальных исследований:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кровь, cerebro-спинальная жидкость, пунктаты лимфатических узлов, язв; • промывные воды желудка, рвотные массы, дуоденальное содержимое; • слизь из ротоглотки, носа, конъюнктивы; • фекалии; • паразитоскопия препаратов крови, испражнений. <p>Оценка результатов специальных исследований:</p> <ul style="list-style-type: none"> • бактериологических и вирусологических; • серологических; • cerebro-спинальной жидкости; • водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса; • биохимических исследований; • постановка и чтение результатов кожно-аллергических проб (бруцеллез, туляремия и др.) <p>Показания для проведения и клиническое значение следующих методов лабораторной и инструментальной диагностики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • лабораторная диагностика нарушений белкового, жирового, углеводного, пигментного обменов, ферментных нарушений; • лабораторная диагностика нарушений системы кроветворения: клиническое исследование периферической крови, пунктата костного мозга; • клиническое исследование мочи; • копрологические исследования, исследование микрофлоры

№ п/п	Наименование дисциплины и основные разделы
	<p>пищеварительного тракта;</p> <ul style="list-style-type: none"> • электрофизиологические методы исследования: ЭКГ, велоэргометрия, реовазография, ЭЭГ; • функциональные методы исследования органов дыхания: спирометрия, спирография, тахометрия, исследование газового состава; • рентгенологические методы исследования: значение для диагностики заболеваний сердца, легких, мочевых путей, органов пищеварения, костно-суставного аппарата; • ультразвуковые методы диагностики: эхолокация органов желудочно-кишечного тракта, эхокардиография; • методы эндоскопии: эзофагогастродуоденоскопия, ректоскопия, колоноскопия, уретроскопия; • методы радионуклидной диагностики: сцинтиграфия печени, почек, эндокринных желез, методы сканирования; • современные методы лучевой диагностики: компьютерная томография, магнитно-ядерный резонанс.
5.	<p style="text-align: center;">Общие вопросы инфекционной патологии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Современные представления об инфекционном процессе. • Экология и инфекционная заболеваемость. • Принципы диагностики инфекционных заболеваний (эпидемиологический анамнез, клиническое обследование больного, составление рационального плана обследования). • Основы рациональной терапии больных инфекционными заболеваниями (этиотропной, патогенетической, симптоматической). Оценка эффективности и переносимости лечения, критерии выздоровления. Лекарственная болезнь. Дисбактериоз. • Долечивание и реабилитация реконвалесцентов инфекционных заболеваний.
6.	<p style="text-align: center;">Общая эпидемиология.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Современная концепция учения об эпидемическом процессе. • Эпидемиологический надзор как составляющая социально-гигиенического мониторинга. • Иммунопрофилактика инфекционных болезней. • Национальный календарь прививок. • Эпидемиологический надзор за внутрибольничной инфекцией.
7. 7.1.	<p style="text-align: center;">Диагностика, лечение инфекционных болезней и предупреждение их распространения.</p> <p><u>Бактериальные инфекции:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • боррелиозы; • ботулизм, столбняк и другие клостридиозы • бруцеллез; • брюшной тиф, паратифы А, В и другие сальмонеллезы;

№ п/п	Наименование дисциплины и основные разделы
	<ul style="list-style-type: none"> • дифтерия; • иерсиниозы (кишечный, псевдотуберкулез, чума); • кампилобактериоз; • коклюш; • легионеллез; • лептоспироз; • листериоз; • мелиоидоз; • менингококковая инфекция; • пищевые токсикоинфекции; • сап; • сибирская язва; • стрептококковая инфекция (скарлатина, рожа, ангина, пневмония и др. формы); • стафилококковая инфекция; • туляремия; • холера; • шигеллез; • эшерихиозы; • эризипелоид.
7.2.	<p><u>Риккетсиозы:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • эпидемический сыпной тиф, болезнь Брилля; • эндемический (блошинный) сыпной тиф; • клещевые пятнистые риккетсиозы.
7.3.	<p><u>Коксиеллезы:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • лихорадка Ку.
7.4.	<p><u>Ориенция-инфекция:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • цуцугамуши.
7.5.	<p><u>Бартоонеллезы; фелиноз; волынская лихорадка.</u></p>
7.6.	<p><u>Хламидиозы:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • орнитоз; • инфекция хламидией трахоматис; • инфекция хламидией пневмонии.
7.7.	<p><u>Микоплазмозы:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • острое респираторное заболевание, пневмония; • другие микоплазмозы.
7.8.	<p><u>Прионные болезни.</u></p>
7.9.	<p><u>Вирусные инфекции:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • вирусные гепатиты: <ul style="list-style-type: none"> – вирусный гепатит А; – вирусный гепатит В (с дельта-агентом и без дельта-агента);

№ п/п	Наименование дисциплины и основные разделы
	<ul style="list-style-type: none"> – вирусный гепатит острая дельта(супер)-инфекция вирусносителя гепатита В; – вирусный гепатит С; – вирусный гепатит Е; • острые респираторные вирусные инфекции: <ul style="list-style-type: none"> – грипп; – парагрипп; – аденовирусная инфекция; – респираторно-синцитиальная вирусная инфекция; – риновирусная инфекция; – коронавирусеая инфекция; • энтеровирусная инфекция; • эпидемический паротит; • ротавирусный гастроэнтерит; • менингоэнцефалиты вирусной этиологии; • бешенство; • ВИЧ-инфекция; • вирусные геморрагические лихорадки: <ul style="list-style-type: none"> – геморрагическая лихорадка с почечным синдромом; – желтая лихорадка, – лихорадка денге, – лихорадка геморрагическая Крым-Конго, – лихорадка Ласса, – лихорадка Марбург, – лихорадка Эбола; • корь; • краснуха; • флеботомная лихорадка; • герпесвирусные инфекции: <ul style="list-style-type: none"> – герпетическая инфекция вирусами простого герпеса 1 – 2 типов, – опоясывающий герпес, ветряная оспа, – цитомегаловирусная инфекция, – Эпштейна-Бarr – вирусная инфекция; • оспа натуральная; • оспа обезьян; • коровья оспа и паравакцина; • ящур.
7.10.	<p><u>Протозойные инфекции:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • амебиаз; • балантидиаз; • криптоспоридиоз; • лейшманиоз (кожный, висцеральный).

№ п/п	Наименование дисциплины и основные разделы
	<ul style="list-style-type: none"> • лямблиоз; • малярия; • пневмоцистоз; • токсоплазмоз; • трипаносомозы (африканский, американский).
7.11.	<p><u>Гельминтозы:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • нематодозы <ul style="list-style-type: none"> – аскаридоз, – энтеробиоз, – анкистолостомидозы, – трихинеллез, – стронгилоидоз, – филяриозы, – дракункулез; • трематодозы <ul style="list-style-type: none"> – шистосомозы (мочеполовой шистосомоз, кишечный шистосомоз Менсона, шистосомоз кишечный интеркалатный, шистосомоз японский), – описторхоз, – клонорхоз, – парагонимоз, – фасциолезы; • цестодозы <ul style="list-style-type: none"> – эхинококкоз, – геминилепидоз, – лентецы.
7.12.	<p><u>Болезни, вызываемые членистоногими:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • педикулез; • чесотка; • тяжелые реакции на укусы членистоногих.
7.13.	<p><u>Микозы:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • актиномикоз; • аспергиллез; • гистоплазмоз; • кандидозы.
7.14.	<u>Сепсис</u>
7.15.	<u>Тактика ведения больных с лихорадкой неясной этиологии</u>
8.	<p style="text-align: center;"><i>Особо опасные болезни, на которые распространяется действие международных медико-санитарных правил.</i></p> <p>Изучению подлежат эпидемиология, экстренная специфическая диагностика, организация работы с больными и контактными лицами,</p>

№ п/п	Наименование дисциплины и основные разделы
	экстренная профилактика, действия врача-инфекциониста при массовом поступлении больных и контактных. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники, дифференциальной диагностики, лечение чумы, тропических особо опасных геморрагических лихорадок, холеры прорабатываются при прохождении разделов соответствующих классификационных групп инфекций, в которые они входят.
9.	<p><i>Дифференциальный диагноз основных клинических синдромов инфекционных заболеваний</i></p> <p>Разбираются вопросы дифференциального диагноза основных клинических симптомов и синдромов инфекционных заболеваний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • лихорадка; • эритемы, сыпи; • поражение лимфатической системы; • бубоны; • острый тонзиллит; • катарально-респираторный синдром; • острая дыхательная недостаточность; • диарейный синдром; • гепато-лиенальный синдром; • синдром желтухи; • печеночноклеточная недостаточность; • тромбогеморрагический синдром; • острая почечная недостаточность; • шоковые состояния; • менингеальный синдром; • энцефалопатия; • коматозные состояния; • суставной синдром.
10.	<p><i>Диагностика и терапия жизнеопасных состояний у инфекционных больных</i></p> <p>Изучаются вопросы диагностики и терапии жизнеопасных состояний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • шок (анафилактический, инфекционно-токсический, геморрагический, гиповолемический, кардиогенный и др.); • кома (гипо- и гипергликемическая, мозговая, печеночная, почечная, неясной этиологии); • острая дыхательная недостаточность; • острая сердечно-сосудистая недостаточность; • гипертензивный криз; • острое нарушение мозгового кровообращения; • кровотечения наружные (артериальное, венозное), внутренние (желудочно-кишечное, маточное, легочное, носовое); • тромбогеморрагический синдром;

№ п/п	Наименование дисциплины и основные разделы
	<ul style="list-style-type: none"> • острая задержка мочи; • острая почечная недостаточность; • острая печеночная недостаточность; • острый живот; • отек легких; • отек, набухание вещества головного мозга; • судорожные состояния, эпилептический статус; • абстинентный синдром при алкоголизме и наркомании; • психомоторное возбуждение; • поствакцинальная реакция; • отравления; • тиреотоксический криз; • острый приступ глаукомы; • преэклампсия, эклампсия; • клиническая смерть.
11.	<p style="text-align: center;"><i>Амбулаторная помощь инфекционным больным. Работа специалиста в КИЗе.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Положение о кабинете инфекционных заболеваний (КИЗ): структура, организация работы, цели и задачи КИЗ, учетные и отчетные формы документации. • Функции врача кабинета инфекционных заболеваний поликлиники. • Контингенты пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению в КИЗе. • Амбулаторное обследование и лечение больных, не нуждающихся в специализированном стационарном лечении. • Долечивание и реабилитация реконвалесцентов инфекционных заболеваний после лечения в стационарных условиях, больных затяжными и хроническими формами. • Экспертиза трудоспособности реконвалесцентов инфекционных заболеваний. • Прививочная работа. • Профилактическое обследование пациентов декретированных профессиональных групп. • Противоэпидемическая работа. • Консультирование врачей участковой сети по вопросам диагностики и лечения инфекционных болезней. • Санитарно-просветительная работа.
12. 12.1.	<p style="text-align: center;"><i>Смежные специальности*</i></p> <p><u>Внутренние болезни:</u></p>

№ п/п	Наименование дисциплины и основные разделы
12.2.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Болезни органов дыхания</i> • <i>Болезни системы кровообращения</i> • <i>Заболевания системы пищеварения</i> • <i>Заболевания печени и желчных путей</i> • <i>Заболевания мочевой системы</i> • <i>Болезни системы кроветворения</i> • <i>Заболевания эндокринной системы; нарушения обмена веществ</i>
12.3.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Заболевания суставов и соединительной ткани</i> <p><u>Хирургические болезни:</u></p>
12.4.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Хирургические заболевания органов брюшной полости и неотложные состояния, осложняющие их течение</i> • <i>Болезни сосудов</i> • <i>Гнойные заболевания, раневая инфекция</i> • <i>Заболевания прямой кишки</i> • <i>Травмы</i>
12.5.	<p><u>Акушерство и гинекология:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиника и течение часто встречающихся гинекологических заболеваний;
12.6.	<ul style="list-style-type: none"> • Основы акушерства • Острый живот в гинекологии
12.7.	<p><u>Заболевания нервной системы</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клинические синдромы нарушения сознания и неотложных состояний • Сосудистые и воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек
12.8.	<p><u>Дерматовенерология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных заболеваний кожи и слизистых оболочек

№ п/п	Наименование дисциплины и основные разделы
	<p><u>Фтизиатрия</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Современные особенности эпидемиологии и клиники туберкулеза • Клиническая картина туберкулеза органов дыхания и наиболее часто встречающихся внелегочных форм туберкулеза <p><u>Психиатрия</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиника основных психопатологических синдромов • Неотложные состояния в психиатрии <p><u>Медицинская психология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основы медицинской психологии. Особенности психических процессов у здорового и больного человека. • Применение принципов и методик медицинской психологии в условиях профессиональной деятельности врача-инфекциониста. • Элементы медицинской деонтологии. Ятрогенные заболевания, факторы, способствующие их развитию. •
13.	<i>Элективные курсы – по выбору.</i>
	<i>Экзамен</i>

*Преподавание смежных дисциплин проводится на соответствующих кафедрах.

5. ТРЕБОВАНИЯ К УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

5.1. Образовательная организация (факультет последипломного обучения врачей), институт (академия) последипломного обучения врачей имеют право:

5.1.1. Изменять объем учебной нагрузки интернов, клинических ординаторов и слушателей циклов специализации по инфекционным болезням для освоения учебной программы курсов (дисциплин) по сравнению с рекомендуемым государственным образовательным стандартом в пределах 15%, а для отдельных циклов – в пределах 20% без превышения максимального числа учебных часов учебного плана циклов при сохранении набора и содержания учебных дисциплин, указанных в стандарте.

5.1.2. Устанавливать объем преподавания отдельных курсов, разделов и тем учебного плана.

Привлекать специалистов практического здравоохранения для проведения практических.

Рефераты, курсовые работы, самостоятельно выполняемые слушателями, рассматриваются как вид учебной работы по дисциплине и выполняются в пределах часов, отводимых на ее изучение.

Последипломная подготовка врача-инфекциониста предусматривает доступ каждого обучаемого к библиотечным фондам и базам данных.

При освоении учебной программы дополнительного профессионального образования врачей-инфекционистов используются все формы обучения: очная, заочно-очная, прерывистое обучение. Проводятся выездные циклы. Применяется проблемно-ориентированное обучение, обеспечивающее активное участие обучаемых в учебном процессе.

При очно-заочной форме обучения объем подготовки может быть сокращен на 25-30% за счет самостоятельной работы.

Учебные модули:

Модуль 1. Общие вопросы инфекционной патологии

Лекция 1. Организация службы инфекционной помощи в России

Лекция 2. Инфекционные болезни. Заболеваемость и смертность

Лекция 3. Общие вопросы инфекционных болезней

Лекция 4. Медленные инфекции и прионные заболевания

Лекция 5. Иммунология. Защитные силы организма и болезни

Лекция 6. Иммунитет — щит здоровья. Механизмы иммунитета

Лекция 7. Инфекционная иммунология. Интегральность иммунных реакций.

Лекция 8. Иммунный статус. Иммунодефицитные состояния

Лекция 9. Принципы иммунодиагностики.

Лекция 10. Экстренная профилактика.

Иммунная система

Самостоятельная работа

Тест 13 вопросов 01 ч. 05 мин.

Модуль 2. Методы обследования инфекционного больного

Лекция 1. Клинические методы

Лекция 2. Лабораторные методы

Лекция 3. Инструментальные методы

Самостоятельная работа

Тест 10 вопросов 50 мин.

Модуль 3. Бактериальные инфекции, риккетсиозы, сепсис

Лекция 1. Бактериозы

Лекция 2. Бруцеллёз

Лекция 3. Особо опасные инфекции. Холера

Лекция 4. Коринебактерии. Дифтерийная палочка.

Лекция 5. Сибирская язва

Лекция 6. Чума

Лекция 7. Туляремия

Лекция 8. Сап. Мелиоидоз.

Лекция 9. Менингококковая инфекция

Лекция 10. Столбняк

Лекция 11. Ботулизм

Лекция 12. Дифтерия

Лекция 13. Риккетсиозы

Лекция 14. Иксодовые клещевые боррелиозы

Лекция 15. Стрептококковые инфекции

Лекция 16. Стафилококковые инфекции

Лекция 17. Сепсис

Самостоятельная работа

Тест 15 вопросов 01 ч. 15 мин.

Модуль 4. Вирусные инфекции

Лекция 1.1 Вирусные гепатиты. Гепатит А

Лекция 1.2. Гепатит Е. Гепатит В

Лекция 1.3. Вирусные гепатиты. Гепатит D

Лекция 1.4. Гепатит С. Гепатит G. Гепатиты НИ А НИ G

Лекция 2. ВИЧ-инфекция

Лекция 3.1 Герпесвирусные инфекции

Лекция 3.2. Герпесвирусные инфекции. Ветряная оспа. Опоясывающий лишай

Лекция 3.3 Инфекционный мононуклеоз

Лекция 3.4. Цитомегаловирусная инфекция

Лекция 3.5. Инфекция, вызванная вирусом герпеса человека типа 6,7,8

Лекция 4. Корь. Краснуха. Эпидемический паротит. Полиомиелит. Энтеровирус.

Лекция 5. Геморрагические лихорадки

Лекция 6. Бешенство

Лекция 7. Клещевой энцефалит

Лекция 8. Диареи вирусной этиологии

Лекция 9. Острые вирусные инфекции респираторного тракта

Лекция 10. Менингиты

Самостоятельная работа

Тест 15 вопросов 01 ч. 15 мин.

Модуль 5. Микозы

Лекция 1. Общая характеристика и морфология грибов

Лекция 2. Классификация грибов

Лекция 3. Вопросы патогенеза и этиотропной терапии микозов

Лекция 4. Лабораторная диагностика микозов

Лекция 5. Возбудители наиболее часто встречающихся микозов

Лекция 6. Возбудители хромомикозов и феогифомикозов

Лекция 7. Условно-патогенные (оппортунистические) грибы – возбудители микозов

Лекция 8. Возбудители глубоких микозов

Лекция 9. Возбудители псевдомикозов

Лекция 10. Микобактерии.

Лекция 11. Кандидозная инфекция

Практическая работа

Самостоятельная работа

Тест 15 вопросов 01 ч. 15 мин.

Модуль 6. Гельминтозы, протозойные инфекции

Лекция 1. Общие сведения о паразитах и паразитарных болезнях

Лекция 2. Трематодозы

Лекция 3. Нематодозы

Лекция 4. Цестодозы

Лекция 5. Протозоозы

Лекция 6. Болезни, вызываемые членистоногими

Лекция 7. Тропические инфекционные болезни

Практическая работа

Ссылки на видеоматериал

Тест 15 вопросов 01 ч. 15 мин.

Модуль 7. Дифференциальный диагноз основных клинических синдромов инфекционных заболеваний

Лекция 1. Лихорадочно-интоксикационный синдром болезней

Лекция 2. Катарально-респираторный синдром

Лекция 3. Экзантемы, энантемы, первичный аффект

Лекция 4. Лимфаденопатия

Лекция 5. Синдром желтухи

Лекция 6. Синдром поражения желудочно-кишечного тракта при инфекционных болезнях

Лекция 7. Гепатолиенальный синдром

Лекция 8. Поражение центральной нервной системы при инфекционных болезнях

Лекция 9. Поражение периферической нервной системы при инфекционных болезнях

Практическая работа

Тест 10 вопросов 50 мин.

Модуль 8. Принципы лечения инфекционных больных

Лекция 1. Немедикаментозные методы лечения инфекционных болезней

Лекция 2.1. Фармакотерапия. Антибактериальные препараты. Этиотропная терапия инфекционных заболеваний

Лекция 2.2. Лечебно-профилактические бактериофаги как средство антибактериальной терапии

Лекция 2.3. Противогрибковые препараты

Лекция 2.4. Противовирусные препараты

Лекция 2.5. Противопаразитарные препараты

Лекция 2.6. Лекарственные взаимодействия

Лекция 2.7. Биодоступность возбудителя

Лекция 2.8. Механизмы резистентности к антибактериальным препаратам

Лекция 2.9. Иммуноterapia инфекционных болезней

Лекция 2. 10. Побочное действие антимикробных препаратов

Практическая работа

Тест 11 вопросов 55 мин.

Модуль 9. Неотложные состояния в клинике инфекционных болезней

Лекция 1. Неотложная помощь при отравлениях. Токсикология

Лекция 2. Особенности госпитальной реанимации и оказания медпомощи на догоспитальном этапе при острых отравлениях

Лекция 3. Первичная сердечно-легочная реанимация

Лекция 4. Общие принципы ведения ком

Лекция 5. Инфекционно-токсический шок

Практическая работа

Тест 12 вопросов 01 ч.

Приложение

Вопросы к экзамену

Список литературы

Итоговый тест 20 вопросов 01 ч. 40 мин.

УП 576 Инфекционные болезни

АТТЕСТАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ К КВАЛИФИКАЦИОННОМУ ЭКЗАМЕНУ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ – ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ.

Клинические задачи для тестового контроля.

1. Укажите правильное утверждение.

Сочетание расстройств зрения в виде «тумана перед глазами», диплопии, общей слабости, резкой сухости во рту характерно для:

- А. псевдотуберкулеза
- Б. пищевой токсикоинфекции
- В. ботулизма
- Г. сальмонеллеза
- Д. столбняка

2. Укажите правильное утверждение.

Лихорадка, схваткообразные боли внизу живота, частый жидкий стул с примесью слизи характерны для:

- А. амебиаза
- Б. пищевой токсикоинфекции
- В. холеры
- Г. псевдотуберкулеза
- Д. дизентерии

3. Укажите правильное утверждение.

Гиперстезия, брадикардия, расстройство дыхания, клонические судороги, гипертермия являются признаками:

- А. гиповолемического шока
- Б. синдрома Уотерхауза-Фридериксена
- В. инфекционно-токсического шока
- Г. отека-набухания головного мозга
- Г. бульбарной формы полиомиелита

4. Заболевание, начавшееся с общей слабости, головной боли, боли в эпигастрии, рвоты с последующим развитием офтальмоплегического синдрома, укладывается в клинику:

- А. ГЛПС
- Б. столбняка
- В. сальмонеллеза
- Г. лептоспироза
- Д. ботулизма

5. Укажите правильное утверждение.

Боли и болезненность икроножных мышц являются характерным симптомом:

- А. псевдотуберкулеза

- Б. лептоспироза
- В. бруцеллеза
- Г. бешенства
- Д. столбняка

6. Укажите правильное утверждение.

Сочетание высокой лихорадки, сильной головной боли, увеличения печени и селезенки с наличием розеолезно-петехиальной сыпи на туловище и сгибательных поверхностях конечностей характерно для:

- А. клещевого сыпного тифа
- Б. брюшного тифа
- В. паратифа А
- Г. вшиного сыпного тифа
- Д. псевдотуберкулеза

7. Укажите правильное утверждение.

Сочетание лихорадки с геморрагическим синдромом дает основания для обследования на:

- А. трихинеллез
- Б. лептоспироз
- В. трихоцефалез
- Г. сальмонеллез
- Д. туляремию

8. Заболевание, сопровождающееся резкой интоксикацией, болями в животе, частым жидким зловонным стулом, напоминающим «болотную тину» вероятнее всего является:

- А. холерой
- Б. дизентерией
- В. амебиазом
- Г. сальмонеллезом
- Д. иерсиниозом

9. Заболевание, возникшее поздней осенью у жителя пригородной зоны Хабаровска, сопровождающееся высокой температурой, головной болью, рвотой, гиперемией лица и шеи, болями в пояснице, скорее всего, укладывается в клинику:

- А. клещевого сыпного тифа
- Б. клещевого энцефалита
- В. ГЛПС
- Г. брюшного тифа
- Д. системного клещевого боррелиоза

10. Заболевание, возникшее в теплое время года в сельской местности и сопровождающееся лихорадкой, головной болью, макуло-папулезной сыпью, наличием инфильтрата на коже с некрозом в центре, укладывается в клинику:

- А. сыпного тифа
- Б. кори
- В. скарлатины
- Г. клещевого энцефалита
- Д. клещевого сыпного тифа

11. Заболевание, сопровождающееся резкой интоксикацией, высокой лихорадкой, болями в груди, кашлем с кровянистой мокротой и скудными физикальными данными со стороны легких, скорее всего является:

- А. туляремией
- Б. чумой
- В. сыпным тифом
- Г. легионеллезом
- Д. орнитозом

12. Заболевание, возникшее остро, сопровождающееся лихорадкой, головной болью, болями в животе схваткообразного характера, жидким стулом с примесью значительного количества слизи, с прожилками крови, болезненностью по ходу нисходящего отдела толстого кишечника, клинически следует расценивать, как:

- А. амёбную дизентерию
- Б. пищевую токсикоинфекцию
- В. ботулизм
- Г. дизентерию
- Д. сальмонеллез

13. Заболевание, возникшее через 12 часов после употребления сырого утиного яйца, сопровождающееся резкой интоксикацией, высокой температурой, болями в животе, рвотой, частым жидким стулом зеленоватого цвета с небольшим количеством слизи и очень неприятным запахом, клинико-эпидемиологически должно быть расценено, как:

- А. холера
- Б. амебиаз
- В. дизентерия
- Г. сальмонеллез
- Д. балантидиаз

14. Заболевание, сопровождающееся на 5-й день болезни выраженной интоксикацией, высокой температурой, болями в суставах, одутловатостью и гиперемией лица, гиперемией шеи, кистей и стоп, урчанием и

болезненностью в илеоцекальной области, ярко-красной сыпью на туловище и конечностях, укладывается в клинику:

- А. сальмонеллеза
- Б. брюшного тифа
- В. псевдотуберкулеза
- Г. трихинеллеза
- Д. сыпного тифа

15. Заболевание, сопровождающееся интоксикацией, слабостью, головной болью, рвотой, наличием геморрагической сыпи различных размеров с некрозом в центре, тяготеющей к нижней половине туловища и ногам, можно оценить клинически, как:

- А. клещевой сыпной тиф
- Б. сыпной тиф
- В. брюшного тифа
- Г. менингококкцемию
- Д. псевдотуберкулез

16. Заболевание, возникшее в июне у жителя пригорода Хабаровска, сопровождалось высокой лихорадкой, сильными головными болями, гиперемией лица, инъекцией сосудов склер, наличием обильной пятнисто-папулезной сыпи на туловище и разгибательных поверхностях конечностей, а также корочки диаметром 2 см на инфильтрированном основании на коже груди у левого соска, вероятнее всего является:

- А. ГЛПС
- Б. лептоспирозом
- В. болезнью Лайма
- Г. клещевым сыпным тифом
- Д. клещевым энцефалитом

17. При поступлении в больницу больного 30 лет с жалобами на общую слабость, отсутствие аппетита, наличие темной мочи, легкий зуд кожи, выраженной желтушностью склер и кожных покровов и гепатомегалией, следует предполагать:

- А. подпеченочную желтуху
- Б. лептоспироз
- В. псевдотуберкулез
- Г. иерсиниоз
- Д. вирусный гепатит

18. При поступлении в инфекционную больницу у больного 30 лет с жалобами на головную боль, боли в мышцах, плохой аппетит, высокую температуру (39°С), одутловатость и гиперемия лица и шеи, резкую болезненность при пальпации мышц бедра и голени с наличием положительного симптома поколачивания с обеих сторон, следует заподозрить:

- А. сальмонеллез

- Б. клещевой энцефалит
- В. лептоспироз
- Г. сибирскую язву
- Д. трихинеллез

19. В хирургическое отделение доставлен больной с симптомами раздражения брюшины на 12-й день высокой лихорадки. Диагностирована перфорация язвы тонкого кишечника, перитонит.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. аппендицит
- Б. брюшной тиф
- В. дизентерия
- Г. неспецифический язвенный колит
- Д. псевдотуберкулез

20. В приемный покой доставлен больной в состоянии средней тяжести: $t - 38,5^{\circ}\text{C}$, при пальпации живота – болезненная и спазмированная сигмовидная кишка. Стул скудный со слизью и кровью до 10 раз в сутки.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. брюшной тиф
- Б. острая дизентерия
- В. пищевая токсикоинфекция
- Г. ротавирусный гастроэнтерит
- Д. холера

21. У пациента с высокой лихорадкой, скудной розеолезной сыпью на коже груди и живота, упорной головной болью на 9-й день болезни в гемограмме определяется: Нв – 120 г/л, л – 3,8 г/л, э – 0%, п – 10%, с – 60%, л – 28%, м – 2%, СОЭ – 10 мм/час.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. пневмония
- Б. лептоспироз
- В. дизентерия
- Г. брюшной тиф
- Д. псевдотуберкулез

22. Больной Д., 50 лет, 12 часов назад стало «плохо»: закружилась голова, появилась выраженная слабость, озноб, боли в эпигастрии, тошнота, затем рвота и многократный жидкий стул, судороги икроножных мышц.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. амебиаз
- Б. острая дизентерия
- В. сальмонеллез
- Г. холера
- Д. вирусный гепатит

23. Больная М. 25 лет, лечится у врача по поводу ОРЗ в течение 5 дней. В последние 2 дня температура тела нормальная, однако самочувствие ухудшилось: пропал аппетит, появилась тошнота, выросла слабость, заметила темный цвет мочи.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. холецистит
- Б. вирусный гепатит
- В. брюшной тиф
- Г. лептоспироз
- Д. ГЛПС

24. Больной Д., 19 лет, заболел остро с высокой лихорадки и повторных ознобов, со 2-го дня болезни усиливающиеся боли в животе, больше в правой подвздошной области. В тот же вечер проведена хирургическая операция с подозрением на острый живот, обнаружены: катаральный аппендицит и пакеты увеличенных мезентеральных лимфоузлов:

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. брюшной тиф
- Б. дизентерия
- В. псевдотуберкулез
- Г. амебиаз
- Д. сальмонеллез

25. Больная Ц., 50 лет, жительница города (коммунальная квартира на 1 этаже), заболела остро на фоне полного здоровья: высокая лихорадка в течение 4-х дней, недомогание, постепенное снижение диуреза (на 6-ой день болезни диурез суточный 200,0 мл), рвота, боли в пояснице. При осмотре: одутловатость лица, линейные геморрагические высыпания на коже туловища, субсклеральные кровоизлияния, гепатолиенальный синдром.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. ГЛПС
- Б. лептоспироз
- В. брюшной тиф
- Г. сыпной тиф
- Д. иерсиниоз, генерализованная форма

26. Больной Т., 30 лет, возвратился из турпохода по таежным местам Приморского края, где жил в палатке, пил воду из ручья. Заболел остро с лихорадки, болей в глазных яблоках, в пояснице, на 6-й день заметил снижение диуреза, появилась рвота, беспокойство, геморрагии на коже.

Укажите диагноз:

- А. сибирская язва
- Б. туляремия
- В. клещевой энцефалит
- Г. ГЛПС
- Д. брюшной тиф

27. Ветеринарный санитар 58 лет, участвовавший в вынужденном забое больной коровы, направлен в районную больницу с диагнозом «пневмония». При осмотре температура 38,5°С, на большом пальце правой кисти обнаружена рана диаметром 1 см. ярко-красного цвета, покрытая черным струпом, кисть резко отечна. В правой подмышечной области обнаружен пакет увеличенных безболезненных лимфоузлов.

Укажите диагноз:

- А. бруцеллез
- Б. туляремия
- В. инфицированная рана, лимфаденит
- Г. сибирская язва
- Д. клещевой сыпной тиф

28. Больной С., 24 лет, геолог, во время работы часто пил воду из мелких водоемов. Заболел остро: высокая температура, боль в горле при глотании, болезненность шеи слева. Объективно: состояние средней тяжести, слизистая ротоглотки нерезко гиперемирована, на левой увеличенной миндалине плотный серовато-желтый налет, снимается с трудом, слева увеличены заднешейные лимфоузлы до размера голубинового яйца, подвижные, безболезненные. Температура тела 39°С.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. орнитоз
- Б. брюшной тиф
- В. лептоспироз
- Г. туляремия
- Д. сыпной тиф

29. На консультацию к неясному, длительно (7 дней) лихорадящему больному Н., 18.07. был вызван врач-инфекционист. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Температура 39°С. В правой паховой области пальпируется увеличенный, болезненный лимфоузел. Вокруг участок гиперемии диаметром до 12 см. с просветлением в центре. Из анамнеза установлено, что месяц назад больной снимал с себя клеща.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. клещевой риккетсиоз
- Б. клещевой энцефалит
- В. клещевой боррелиоз
- Г. Ку-лихорадка
- Д. туляремия

30. Больной К. 30 лет, во время охоты разделывал тушку ондатры. Через 3 дня внезапно повысилась температура до 30-40°С, появился озноб, головная боль, боль в мышцах, слабость. На коже левого предплечья появился пузырек, наполненный гнойно-кровянистым содержимым на твердом

основании красно-багрового цвета. Затем, через 2-3 дня, образовалась язва, дно которой покрылось темным струпом. Отмечалась резкая болезненность. В левой паховой области увеличился лимфатический узел до размеров куриного яйца, резко болезненный, кожа над ним багрово-красного цвета, синюшная. Температура все дни высокая.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
- Б. чума
- В. бруцеллез
- Г. туляремия
- Д. лептоспироз

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

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. корь
- Б. краснуха
- В. менингококкцемия
- Г. сыпной тиф
- Д. лептоспироз

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

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. осповидиоз
- Б. сепсис
- В. генерализованный герпес
- Г. ветряная оспа
- Д. иерсиниоз

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

Укажите диагноз:

- А. ветряная оспа
- Б. простой герпес

- В. опоясывающий герпес
- Г. болезнь Лайма
- Д. токсико-аллергический дерматит

34. У воспитателя детского сада 22 лет высокая температура, увеличенные болезненные затылочные лимфоузлы, мелкая пятнистая розовая сыпь на коже, обильная, без тенденции к сгущению, равномерно покрывает все участки кожных покровов, боли в суставах. Больная 2-й день. Состояние удовлетворительное.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. корь
- Б. краснуха
- В. инфекционный мононуклеоз
- Г. псевдотуберкулез
- Д. сыпной тиф

35. Больной Ч., 40 лет, бизнесмен, заболел в командировке в странах Юго-Восточной Азии: высокая ежедневная лихорадка с повторными ознобами, головная боль, рвота, диарея. К врачам не обращался. На 6-й день болезни вернулся в Россию, обратился на СМП. При осмотре: температура - 39°C, бледный, единичные геморрагии на коже, сознание спутанное, желтушность склер, пальпируется плотная селезенка, определяется ригидность мышц затылка.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. геморрагическая лихорадка
- Б. сепсис
- В. менингококковая инфекция
- Г. тропическая малярия
- Д. желтая лихорадка

36. У больного 28 лет ведущими проявлениями болезни являются периодические судороги мышц туловища. Рот растянут в улыбке, открывает с трудом только на 1-1,5 см. Сознание ясное, температура нормальная, мышечный гипертонус. На левой кисти эпителизирующий ожог IV степени после электротравмы.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. бешенство
- Б. раневой ботулизм
- В. столбняк
- Г. энцефалит
- Д. нарушение мозгового кровообращения

37. 46-летний мужчина получил глубокие раны при падении с трактора.

Не следует вводить ПСС в следующем случае:

- А. последнее введение СА было 12 лет назад

- Б. он не получал СА
- В. он получил 2 инъекции СА в течение жизни
- Г. он получил полный курс иммунизации и 2 года назад ревакцинацию
- Д. пять лет назад вводилась ПСС

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

- А. дизентерией
- Б. сальмонеллезом
- В. амебиазом
- Г. балантидиазом
- Д. холерой

39. У больного 21 года 3 дня тому назад повысилась температура до 39,8°C, появились головная боль. При осмотре: состояние тяжелое, тахикардия, тахипное; слизистая ротоглотки резко гиперемирована; миндалины гиперемированы, отечны; на внутренней поверхности обеих миндалин серо-белый, хорошо снимаемый шпателем налет. Печень и селезенка не увеличены.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. аденовирусная инфекция
- Б. инфекционный мононуклеоз
- В. дифтерия ротоглотки
- Г. лакунарная ангина
- Д. ангина Симановского-Венсана

40. Больной К., 39 лет, обратился в поликлинику с жалобами на головную боль постоянного характера, высокую температуру тела, боли в животе; кашель нечастый и непродуктивный. Увеличена печень и селезенка. Болен в течение 6 дней.

Укажите вероятный диагноз:

- А. сыпной тиф
- Б. грипп
- В. брюшной тиф
- Г. сальмонеллез
- Д. пневмония

41. Больной Г., 28 лет. Болен 8 дней. Беспокоят слабость, недомогание, высокая температура тела. Эффекта от приема сульфаниламидов и жаропонижающих средств не было. Состояние ухудшалось. К 8 дню болезни температура повысилась до 39,4°C. Больной бледен, адинамичен, субиктеричность ладоней, стоп, губы сухие, на коже живота и по боковым поверхностям груди розеолезная сыпь (8 элементов), пульс 82 в 1 мин., АД 105/60 мм рт.

ст. Живот умеренно вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. вирусный гепатит
- Б. лептоспироз
- В. сепсис
- Г. брюшной тиф
- Д. малярия

42. Сочетание лихорадки, головной боли, болезненности в илеоцекальной области, скудной розеолезной сыпи с увеличением печени и селезенки, скорее всего, указывает на:

- А. сыпной тиф
- Б. клещевой энцефалит
- В. дизентерию
- Г. брюшной тиф
- Д. корь

43. Больной К. 30 лет, заболел остро. Появился озноб, головная боль, тошнота. Через 6 часов появилась боль в эпигастрии, рвота 3 раза съеденной пищей, температура 38,6 С. На следующий день боль в животе локализовалась в левой подвздошной области, стул частый жидкий, скудный, со слизью. Отмечал тенезмы и ложные позывы.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. дизентерия
- Б. сальмонеллез
- В. пищевая токсикоинфекция
- Г. холера
- Д. амебиаз

44. Больной 56 лет, по профессии заготовитель, часто бывает в командировках в Средней Азии. Жалуется на учащенный стул со слизью и кровью, схваткообразные боли в животе, субфебрильную температуру. Болен около 4-х месяцев. Первые две недели стул был полужидкий, 1-2 раза в сутки, со слизью, затем нормализовался. Однако через неделю стул вновь участился, периодически в нем появлялась кровь. Последнее обострение началось 3 дня назад. Общее состояние больного удовлетворительное, температура 37,2°С. При пальпации живота отмечается болезненность слепой и восходящей кишок. Стул кашицеобразный, с примесью комков слизи, окрашенных в розовый цвет.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. хроническая дизентерия
- Б. балантидиаз
- В. амебиаз

- Г. неспецифический язвенный колит
- Д. рак толстой кишки

45. В инфекционное отделение поступил больной с диагнозом ПТИ. Жалобы на тошноту, однократную рвоту, двоение и «пелену» в глазах, поперхивание при глотании, сухость во рту, головокружение. Болен 2-й день, за 8 часов до болезни ел грибы домашнего консервирования, пил самогон.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. отравление грибами
- Б. ботулизм
- В. дифтерия
- Г. отравление суррогатом алкоголя
- Д. полиомиелит

46. Студент К., 18 лет, заболел остро, через 40 минут после употребления мясных котлет, купленных в буфете накануне. Появилась слабость, головокружение, холодный пот, сильная боль в эпигастрии, рвота многократная с желчью, жидкий стул, температура тела 37,3°C. В здравпункте промыт желудок. Диспептические расстройства прекратились.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. ботулизм
- Б. сальмонеллез
- В. пищевая токсикоинфекция
- Г. дизентерия
- Д. эпидемический гастроэнтерит

47. Больной М., 52 лет во время поездки к родственникам съел в буфете пирожное с кремом, булку и компот из фруктов. Через час появилось недомогание, резкая слабость, тошнота, рвота съеденной пищей. Затем присоединился жидкий стул, обильный, водянистый. Тенезмов и ложных позывов не отмечал. Температура тела - 38,6. Скорой помощью доставлен в больницу.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. холера
- Б. пищевая токсикоинфекция
- В. сальмонеллез
- Г. дизентерия
- Д. амебиаз
- Е. Иерсиниоз

48. Больной К., 78 лет, заболел остро через 3 часа после употребления яйца всмятку. Появился озноб, сильная головная боль, температура 39,3°C. Были 2 раза рвота и частый обильный стул типа «болотной тины». Возбужден, раздражителен. Ночью бред. Госпитализирован на 2-й день болезни. Бледен, кожа с желтушным оттенком. Пульс 98 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт.

ст. Несмотря на проводимую терапию, лихорадка гектического типа, ознобы, поты. К концу 1-й недели болезни увеличились печень и селезенка, появились розеолезные элементы на коже.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. сепсис
- Б. псевдотуберкулез
- В. сальмонеллез
- Г. лептоспироз
- Д. сыпной тиф

49. Больной Е., 30 лет, поступил в стационар на 2-й день болезни в состоянии средней тяжести. Заболевание развилось остро через 6 часов после обеда в столовой (молочный суп, котлета из утиного мяса, рис, кисель). Появились недомогание, головная боль, озноб, температура 38,2°C. Почти одновременно ощутил боль в эпигастрии, тошноту; была рвота 4 раза. В день поступления стул жидкий, обильный 6 раз в сутки; на следующий день 5 раз темно-зеленого цвета, водянистый. Тенезмов и ложных позывов не было.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. дизентерия
- Б. пищевая токсикоинфекция
- В. сальмонеллез
- Г. холера
- Д. амебиаз, кишечная форма

50. У больного с подозрением на сальмонеллез, несмотря на проводимую терапию, 11 дней сохраняется лихорадка неправильного типа. Интоксикация выражена: головная боль, слабость, отсутствие аппетита, мышечные и суставные боли, тошнота. Стул нормализовался. Увеличились печень и селезенка; умеренная боль в эпигастрии, умбиликальной и правой подвздошной областях; живот вздут; брадикардия, гипотония.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. амебиаз
- Б. перитонит
- В. сыпной тиф
- Г. генерализованная форма сальмонеллеза
- Д. генерализованная форма иерсиниоза

51. Больная 58 лет заболела после посещения гостей, где ела жареную курицу, салаты со сметаной, майонезом, яйцом, употребляла разведенный спирт. Через 4-6 часов почувствовала резкий озноб, головную боль, головокружение, боли в эпигастральной области, была 3-кратная рвота, температура 39°C. При осмотре врачом скорой помощи состояние тяжелое, кожные покровы бледные, акроцианоз, тоны сердца глухие, пульс 124 в

мин., АД 80/40 мм рт. ст, живот вздут, болезненный в эпигастрии, был обильный жидкий стул.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. отравление суррогатом алкоголя
- Б. острый панкреатит
- В. инфаркт миокарда
- Г. пищевая токсикоинфекция
- Д. сальмонеллез, осложненный инфекционно-токсическим шоком

52. В инфекционную больницу поступил больной Р., 19 лет. Обратил внимание на быстро прогрессирующее расстройство глотания, не может выпить даже глоток воды, читает с трудом (двоение в глазах). Зрачки несколько расширены, легкая анизокория. При осмотре зева – свисание правой небной занавески, незначительная сухость слизистых. Общее состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C, пульс – 72 в минуту. Из анамнеза выяснено, что на протяжении последней недели несколько раз ел вяленую рыбу, которая хранилась на балконе. Кроме заболевшего, никто рыбу не ел.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. энцефалит
- Б. дифтерия
- В. стафилококковая пищевая токсикоинфекция
- Г. ботулизм
- Д. острое нарушение мозгового кровообращения

53. В приемное отделение инфекционной больницы поступил больной К. 20 лет. Болен 2-й день. Вначале заметил, что не может читать газетный шрифт (буквы сливаются), затем отмечал «сетку», «туман» перед глазами, двоение предметов. На следующий день появилась сухость во рту, затруднение глотания (вода выливалась через нос), речь стала невнятной. Отмечал мышечную слабость. Сознание ясное. Температура тела не повышалась. За сутки до болезни ел грибы домашнего засола.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. пищевая токсикоинфекция
- Б. ботулизм
- В. арахноидит
- Г. энцефалит
- Д. отравление грибами

54. Больной, 23 лет, переведен в областную больницу на 14-й день болезни в тяжелом состоянии с жалобами на лихорадку, непостоянные боли в животе с преимущественной локализацией в околопупочной и правой подвздошной области. Жидкий стул 2-4 раза в сутки. В районной больнице получал левомицетин, фуразолидон. После некоторого улучшения на 12-й день болезни состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 39°C,

появилась пятнистая сыпь на верхних конечностях и туловище, боли в суставах.

Больной является жителем сельской местности, работает трактористом, живет в частном доме, в подвале – мыши, крысы.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. острая дизентерия
- Б. сальмонеллез
- В. пищевая токсикоинфекция
- Г. иерсиниоз
- Д. паратиф В

55. Больной, 18 лет, обратился к врачу на 2-й день болезни с жалобами на высокую температуру (39°C), зуд в области стоп и кистей, боли в голеностопных суставах и пояснице. Неделю назад перенес ОРЗ, но не долечился. Объективно: состояние средней тяжести, кисти и стопы отечны, гиперемированы. В ротоглотке умеренная гиперемия, миндалины гипертрофированы, периферические лимфатические узлы не увеличены. Признаков воспаления суставов нет. Часто употребляется в пищу свежие овощи, салаты из свежей капусты. Продукты покупает в магазине.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. аденовирусная инфекция
- Б. инфекционный полиартрит
- В. иерсиниоз
- Г. инфекционный мононуклеоз
- Д. ревматизм

56. Больная 48 лет, обратилась в поликлинику на 3-й день болезни. Беспокоят боли в правой подвздошной области, тошнота, жидкий стул 2-3 раза в сутки, температура $37,8^{\circ}\text{C}$. Связывает свое заболевание с употреблением в столовой салата из свежей капусты.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. пищевая токсикоинфекция
- Б. острая дизентерия
- В. сальмонеллез
- Г. иерсиниоз
- Д. ботулизм

57. Больная, 40 лет, лечится в инфекционной больнице по поводу иерсиниоза. Начальный период заболевания протекал по типу острой дизентерии в среднетяжелой форме. На 12-й день болезни, на фоне удовлетворительного состояния (готовилась к выписке), появилась температура до 38°C , появилась сыпь на боковых поверхностях туловища, боли в суставах.

Укажите период болезни:

- А. продромальный
- Б. разгар

- В. реконвалесценции
- Г. обострения
- Д. рецидив

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

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. инфекционный мононуклеоз
- Б. аденовирусная инфекция
- В. вирусный гепатит
- Г. токсический гепатит
- Д. токсоплазмоз

59. Больной 52 лет, 8 лет назад перенес вирусный гепатит В. В последующем диету не соблюдал, злоупотреблял алкоголем. Периодически отмечал быструю утомляемость, общую слабость, чувство тяжести в правом подреберье, темную мочу. Неоднократно было носовое кровотечение. Не обследовался и не лечился по этому поводу.

При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Умеренная желтушность склер. На коже «сосудистые звездочки». На передней брюшной стенке виден сосудистый рисунок. Отмечается асцит, пастозность голеней. Пальпируется плотная печень на 4 см ниже реберной дуги.

В крови анемия, увеличение СОЭ. Биохимические показатели: билирубин общий 30,3, связанный – 25,8 ммоль/л, АлАТ – 60 ммоль/л, белок – 52 г/л, альбумин – 40%, гамма-глобулин – 32,4%.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. хронический гепатит В
- Б. цирроз печени
- В. синдром Жильбера
- Г. жировой гепатоз
- Д. токсический гепатит

60. Больная 36 лет, находится на лечении в инфекционной больнице по поводу вирусного гепатита. Желтушный период продолжается 6 недель. Желтуха не нарастает. Беспокоит зуд кожи уже 2 недели. Самочувствие удовлетворительное. Спит плохо из-за кожного зуда. Аппетит не изменен. Объективно: желтуха кожи и склер умеренная. На коже туловища следы расчесов. Пальпируется печень на 4,5 см ниже реберной дуги, край ровный,

эластичной консистенции, безболезненный. Кал светлый, моча темная. Биохимические показатели: билирубин общий – 260, связанный – 224 ммоль/л, АЛАТ – 400 ммоль/л, холестерин – 8,8, щелочная фосфатаза – 400 ед. В анализе мочи определяются желчные пигменты. Анализ крови без патологических отклонений.

Укажите вероятный диагноз:

- А. тяжелая форма вирусного гепатита
- Б. хронический гепатит
- В. холестатическая форма вирусного гепатита
- Г. синдром Жильбера
- Д. рак головки поджелудочной железы

61. У больного 44 лет при обследовании по эпидемическим показаниям был обнаружен HBsAg в крови.

Из анамнеза установлено, что впервые HBsAg был обнаружен год назад, когда больной лечился в стационаре по поводу язвенной болезни желудка. Несколько лет отмечает быструю утомляемость, снижение трудоспособности, чувство тяжести в правом подреберье. Указания на перенесенный в прошлом вирусный гепатит отрицает.

При поступлении состояние удовлетворительное. Пальпируется печень на 1,5 см ниже реберной дуги. При повторном исследовании в отделении вновь обнаружен в крови HBsAg, АсАТ – 260 ммоль/л, АЛАТ – 150 ммоль/л. Общий белок 85 г/л. Холестерин 4,5. По данным УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны диаметр портальной и селезеночной вены в пределах нормальных значений.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. вирусоносительство HBV
- Б. цирроз печени
- В. хронический гепатит В
- Г. синдром Жильбера
- Д. безжелтушная форма острого гепатита В

62. Больная 30 лет, домохозяйка, заболела 7 дней назад, на 2-й день после приезда из Узбекистана, где употребляла сырое молоко. Жалуется на боли в мышцах, коленных и плечевых суставах, повторные ознобы, поты. Температура 39,2°C. Общее состояние удовлетворительное. Печень и селезенка увеличены.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. иерсиниоз
- Б. бруцеллез
- В. лептоспироз
- Г. висцеральный лейшманиоз
- Д. туляремия

63. Больной 32 лет, рабочий мясокомбината, обратился с жалобами на упорные боли в пояснице, длительное повышение температуры. Считает себя

больным в течение года. При первичном обращении к врачу был поставлен диагноз грипп. При объективном исследовании – выраженная болезненность по ходу седалищного нерва. В подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области пальпируются плотные болезненные образования вытянутой формы. Положительный симптом Лассега. Увеличены печень и селезенка.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. хронический бруцеллез
- Б. остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника
- В. хроническая стадия болезни Лайма
- Г. лептоспироз
- Д. склеродермия

64. У больного в течение последних полутора лет периодически лихорадка, гепатоспленомегалия, увеличение лимфоузлов, лейкопения, склонность к анемии сочетаются с изменениями в опорно-двигательном аппарате, урогенитальной и нервной системах.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. ревматизм
- Б. хронический бруцеллез
- В. иерсиниоз
- Г. ревматоидный артрит
- Д. хронический сепсис

65. Больной 50 лет, обратился к врачу на 5-й день болезни. Заболел остро, все дни высоко лихорадит, беспокоила бессонница, выраженные боли в области мышц шеи, спины, поясницы, икроножных мышц. Объективно: состояние тяжелое. Гиперемия лица, конъюнктивит, склерит. Субиктеричность склер. На коже груди, живота розеолезные элементы сыпи. Пальпируется печень на 2 см ниже реберной дуги. АД – 90/70. На коже верхних конечностей после наложения манжеты при измерении АД появилась геморрагическая сыпь. Стал реже мочиться. Стул не изменен.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. грипп, тяжелое течение
- Б. вирусный гепатит
- В. ГЛПС
- Г. брюшной тиф
- Д. лептоспироз

66. Больная 35 лет, высоко лихорадит 3 дня, беспокоят боли в пояснице, в животе без четкой локализации, резкие боли в икроножных мышцах, тошнота. Работает в свином комплексе бойцом. Живет в квартире со всеми удобствами.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. острый холецистит

- Б. острый панкреатит
- В. лептоспироз
- Г. острый аппендицит
- Д. острый пиелонефрит

67. Больной 33 лет лечился на дому по поводу среднетяжелой формы гриппа. На 6-й день болезни состояние ухудшилось. Температура повысилась до 40°C, появилась одышка (ЧД – 36 в мин), глухость тонов сердца, пульс 110 ударов в мин, цианоз губ. При аускультации легких дыхание жесткие, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются влажные мелко-пузырчатые хрипы. Сознание спутанное. Бредит.

Укажите правильный диагноз осложнения:

- А. миокардит
- Б. бронхит
- В. вторичная пневмония
- Г. отек легких
- Д. отек мозга

68. Больная 23 лет, доставлена в тяжелом состоянии. Температура 39,5°C. Лицо пепельно-серое. Кровохарканье. Тахикардия. АД 80/50 мм рт. ст. Тахипное. Менингеальных симптомов нет. Живот безболезненный. Больна 3 суток.

Поставьте диагноз:

- А. сыпной тиф
- Б. аденовирусная инфекция
- В. ГЛПС
- Г. грипп
- Д. менингококковая инфекция

69. Больной 23-х лет, доставлен в стационар машиной скорой помощи без сознания на 2-й день болезни. Температура тела 39,2°C. Рефлексы сохранены. Ригидность затылочных мышц. Сыпи нет. Печень и селезенка не увеличены. Пульс 56 уд. в минуту, ритмичный, не напряжен. АД 100/70 мм рт. ст. В крови лейкоцитоз до 23×10^3 в 1 мкл, анэозинофилия, СОЭ 40 мм/час.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. ГЛПС
- Б. гнойный менингит
- В. серозный менингит
- Г. сыпной тиф
- Д. субарахноидальное кровоизлияние

70. Больной 19 лет, заболел остро, температура тела 39°C, першение в горле, резкая головная боль, рвота. При осмотре обнаружена геморрагическая сыпь на конечностях, кровоизлияния в склеры. Резко выражен менингеальный синдром. Диагностирована менингококковая инфекция.

Укажите клиническую форму менингококковой инфекции:

- А. менингит
- Б. менингоэнцефалит
- В. смешанная
- Г. назофарингит
- Д. менингококкцемия

71. Больной 19 лет, заболел остро с повышением температуры до 40°C с ознобом к концу суток. Появилась геморрагическая мелкоочечная сыпь на коже дистальных отделов конечностей. Менингеальные симптомы отсутствуют. Перед заболеванием перенес ринит в течение 7 дней.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. брюшной тиф
- Б. сыпной тиф
- В. аденовирусная инфекция
- Г. грипп
- Д. менингококковая инфекция

72. У больного на 2-й день болезни с выраженным менингеальным симптомокомплексом в ликворе цитоз 8000 (95% нейтрофилов), белок 1,1 г/л, в мазке – диплококки, расположенные внутриклеточно.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. туберкулезный менингит
- Б. менингококковый менингит
- В. субарахноидальное кровоизлияние с вторичным менингитом
- Г. энтеровирусный менингит
- Д. клещевой энцефалит

73. Больная Н., 70 лет, поступила в приемное отделение с жалобами на сильную головную боль, повышение температуры тела до 38-39°C. Больна 6-й день. При осмотре: возбуждена, лицо гиперемировано, склеры инъекцированы, кровоизлияния в переходной складке конъюнктив. Розеолезно-петехиальная сыпь на коже. Пальпируется селезенка. Тремор рук, ригидность мышц затылка. В городе повышенная заболеваемость гриппом.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. грипп
- Б. иерсиниоз
- В. лептоспироз
- Г. брюшной тиф
- Д. болезнь Брилла

74. Больной приехал из Средней Азии, где работал на упаковке хлопка. Среди работников предприятия заболели еще несколько человек.

Заболевание началось остро, лихорадка в течение двух недель, отмечалась головная боль, боли в глазных яблоках, озноб, кашель, боли в груди при

дыхании. Выраженных симптомов интоксикации нет. При объективном исследовании картина бронхопневмонии и гепатолиенальный синдром.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. сыпной тиф
- Б. брюшной тиф
- В. бруцеллез
- Г. иерсиниоз
- Д. Ку-лихорадка

75. У больного повышенная температура ремиттирующего характера в течение 2 недель, головная боль, кашель. Боль при движении глазных яблок. В легких единичные сухие и влажные хрипы. Брадикардия. Пальпируется печень и селезенка.

Живет в сельской местности, работает пастухом.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. лихорадка Ку
- Б. грипп
- В. пневмония
- Г. бруцеллез
- Д. брюшной тиф

76. Больной 17 лет, рабочий животноводческого совхоза, поступил в инфекционную больницу на 6-й день болезни. Заболевание началось остро с головной боли, сухого кашля, болей в мышцах и повышения температуры до 38°C, с ознобом. В течение 6 дней находился дома, лечился пенициллином, улучшения не наступило. При поступлении: состояние средней тяжести, беспокоит головная боль, кашель, слабость. Температура ремиттирующего типа, пульс 72 в минуту (при температуре 38,8°), АД 90/60 мм рт. ст. В легких единичные сухие хрипы, увеличены печень и селезенка. Рентгенологически: усиление легочного рисунка, расширение корней легких. Предварительный диагноз «брюшной тиф». Посев крови, реакция Видала, РСК с антигеном Провачека дали отрицательный результат. Анализ крови: лейкоциты – $4,5 \times 10^3$ в 1 мкл, п/я – 24%, с/я – 46%, л – 25%, м – 1%, ретикулярные клетки, СОЭ – 9 мм/час.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. орнитоз
- Б. Ку-лихорадка
- В. бруцеллез
- Г. аденовирусная инфекция
- Д. пневмония

77. Больной К., 37 лет, поступил в клинику 13.06.92 г. на 3-й день болезни. При поступлении жаловался на головную боль, периодические подъемы температуры с ознобами. Заболел 11.06.92 г., когда почувствовал недомогание, температура тела повысилась к вечеру до 37,4°C. В ночь на

13.06.92 г. с сильным ознобом температура поднялась до 40°C и держалась около 4-х часов. Снижение температуры сопровождалось обильным потоотделением. В дальнейшем аналогичные приступы наступали через день по вечерам и сопровождались сильным потрясающим ознобом, потом, головной и мышечной болью, иногда рвотой. Больной 10.06.92 г. вернулся из Эфиопии.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. острый бруцеллез
- Б. лептоспироз
- В. малярия
- Г. сепсис
- Д. брюшной тиф

78. С самолета, прибывшего из азиатской страны, снят пассажир с двусторонней пневмонией. Состояние больного тяжелое, температура 40°C, гиперемия лица, «налитые кровью» глаза, число дыханий 50 в 1 мин., кашель с большим количеством жидкой, пенистой, кровянистой мокроты, физикальные данные скудные.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. легочная форма туляремии
- Б. легочная форма сибирской язвы
- В. легочная форма чумы
- Г. крупозная пневмония
- Д. гриппозная пневмония

79. Больной Н., 31 год, чабан, поступил на 2-й день болезни. Накануне возвратился с пастбища в связи с появлением озноба, повышения температуры, головной боли, сильной болезненности с подмышечной области справа. Ночью усилилась головная боль, боль в подмышечной области. При поступлении: температура 38,1°C, в правой подмышечной области резко болезненный конгломерат, спаянный с окружающими тканями, кожа над ним напряжена; рука приподнята из-за сильной боли.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. туляремия
- Б. гнойный лимфаденит
- В. сибирская язва
- Г. чума
- Д. доброкачественный лимфоретикулез

80. Больной К., 32 лет, заболел через трое суток после прибытия из азиатской страны. Озноб, температура 40°C, головная боль, чувство разбитости, слабость. Лицо гиперемировано, тахикардия, АД снижено, «меловой» язык. Паховый лимфаденит, кожа над бубоном гиперемирована. Бубон спаян с окружающими тканями, резко болезненный.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. гнойный лимфаденит

- Б. туляремия, бубонная форма
- В. чума, бубонная форма
- Г. псевдотуберкулез
- Д. сибирская язва

81. Больной С. проживает в сельской местности в Забайкалье. Заболел остро: озноб, высокая температура, головная боль. Обнаружен паховый лимфаденит, болезненный, с нечеткими контурами (с признаками периаденита), кожа над бубоном багрово-красная, лоснится. Общее состояние тяжелое.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. гнойный лимфаденит
- Б. туляремия, бубонная форма
- В. чума, бубонная форма
- Г. псевдотуберкулез
- Д. сибирская язва

82. В поселке К., находящемся в районе природного очага чумы, врачом выявлен больной с подозрением на легочную форму чумы. Больной проживает в частном доме в семье, где двое взрослых (мать и жена больного) и ребенок (сын 5 лет).

Членов семьи следует изолировать на:

- А. 2 дня
- Б. 3 дня
- В. 5 дней
- Г. 7 дней
- Д. 14 дней

83. В поселке В., находящемся на Алтае, в природном очаге чумы, выявлена больная с легочной формой чумы. Она проживает в частном доме, в семье, состоящей из 4-х человек (больная, мать, муж, сын).

Необходимо провести профилактические мероприятия в отношении членов семьи.

Из них неправильным является:

- А. изоляция в течение 7 дней
- Б. вакцинация живой вакциной
- В. дезинсекция
- Г. дезинфекция
- Д. Стрептомицинопрофилактика

84. В поселке В., находящемся на Алтае, в природном очаге чумы, выявлена больная с легочной формой чумы. Она проживает в частном доме, в семье, состоящей из 4-х человек (кроме больной – мать, муж, сын)

Необходимо провести профилактические мероприятия в отношении членов семьи.

Из них неправильным является:

- А. изоляция в течение 7 дней
- Б. вакцинация живой вакциной
- В. ежедневное медицинское наблюдение
- Г. санитарно-эпидемиологические мероприятия (дезинфекция, дезинсекция, дератизация)
- Д. стрептомицинопрофилактика

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

Укажите наиболее вероятный путь заражения:

- А. водный
- Б. пищевой
- В. воздушно-пылевой
- Г. контактный
- Д. трансмиссивный

86. Больной В., 27 лет, инженер, доставлен в инфекционное отделение на 4-й день болезни. Заболел остро. Температура повысилась до 38°C, пульс 96 ударов в 1 мин., АД 110/70 мм.рт.ст. В правой подмышечной области увеличенный до 3 см лимфатический узел с четкими контурами, не спаянный с окружающими тканями, мало болезненный.

За 5 дней до заболевания был на охоте в течение 2 суток в районе лесного озера.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. лептоспироз
- Б. геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
- В. туляремия
- Г. сибирская язва
- Д. чума

87. У больного ГЛПС выявлены следующие лабораторные данные. Анализ крови: количество эритроцитов и гемоглобина в пределах нормы; умеренный лейкоцитоз, преимущественно за счет палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов; увеличено число моноцитов, определяются единичные плазматические клетки; умеренное увеличение СОЭ. Анализ мочи: удельный вес – 1005, белок – 1,32 г/л, плоский эпителий – 10-15 в п/зрения, лейкоциты – 2-3 в п/зрения, свежие эритроциты 30-40 в п/зрения. Цилиндры гиалиновые – 4-6 в препарате, зернистые – 1-2 в препарате. Биохимические показатели: креатинин – 280 мкмоль/л, мочевины – 19 ммоль/л.

Эти лабораторные показатели соответствуют периоду болезни:

- А. инкубационному

- Б. начальному
- В. олигурическому
- Г. полиурическому
- Д. периоду реконвалесценции

88. Больной 35 лет поступил на 6 день болезни в тяжелом состоянии. Температура 37,2°C. Беспокоили рвота, боль в животе без четкой локализации, боль в пояснице. Ощущает туман перед глазами, не может читать. Лицо бледное, кровоизлияние в наружном углу левого глаза, носовое кровотечение. Мочился 2 раза в сутки. Стула не было. Диагностирована геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.

Укажите период болезни.

- А. продромальный
- Б. лихорадочный
- В. олигурический
- Г. полиурический
- Г. реконвалесценции

89. У больного ГЛПС на 4-й день олигурического периода резко усилились боли в пояснице справа, появились боли в правом подреберье. Почти постоянно беспокоит тошнота, рвота, усилилась слабость. Осторожная пальпация в области поясницы справа вызывает резкую болезненность. Цифры АД низкие, пульс слабый, частый. Больной бледен. В крови - снижение эритроцитов и гемоглобина, лейкоцитоз.

Диагностируйте осложнение.

- А. азотемическая уремия
- Б. разрыв почки
- В. эклампсия
- Г. острая сосудистая недостаточность
- Д. желудочно-кишечное кровотечение

90. Больной 39 лет, поступил в больницу на 6-й день болезни с жалобами на высокую температуру, редкое мочеиспускание, боли в верхних отделах живота и в пояснице. Заболел остро, температура все дни держится на высоких цифрах (38,5°-39°). На 4-й день болезни стал реже мочиться. При поступлении состояние тяжелое, температура – 36,4°. Пальпаторно определяется боль в эпигастрии, в правом подреберье. Печень увеличена, положительный симптом Пастернацкого. В крови мочевины – 30,2 креатинин – 829,0. Живет в сельской местности, работает лесозаготовителем.

Укажите наиболее вероятный диагноз.

- А. острый пиелонефрит
- Б. сепсис
- В. геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
- Г. лептоспироз
- Д. лихорадка Ку

91. Больной 40 лет, поступил в больницу на 3-й день болезни в среднетяжелом состоянии с подозрением на правостороннюю пневмонию. Заболел остро, все дни высоко лихорадил. Пневмония рентгенологически не подтвердилась. С 5-ого дня болезни температура начала снижаться, появились боли в пояснице, единичные геморрагии в подключичной и надключичной областях. Однократно было носовое кровотечение. На 4-5 день стал редко мочиться, температура нормализовалась, но общее состояние ухудшилось. Работает водителем, имеет дачу в сельской местности.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. грипп
- Б. ГЛПС
- В. острый пиелонефрит
- Г. лептоспироз
- Д. брюшной тиф

92. Больного ГЛПС в олигурический период постоянно беспокоят тошнота, многократная рвота. Появилась икота. Быстро нарастает уровень мочевины и креатинина в крови. Появилась сонливость, непроизвольные подергивания мимической мускулатуры, мышц рук. Количество выделяемой мочи не превышает 50 мл в сутки уже 2 день.

Укажите основное средство неотложной терапии больного:

- А. лазикс и маннитол в высоких дозах
- Б. экстракорпоральный гемодиализ
- В. гемосорбция
- Г. гипербарическая оксигенация
- Д. паранефральная новокаиновая блокада

93. Больной 37 лет, заболел постепенно, стал испытывать слабость, обнаружил увеличение шейных, подмышечных лимфоузлов, почувствовал кожный зуд. При осмотре: гепато-лиенальный синдром, температура 36,6°C, в легких на фоне жесткого дыхания рассеянные сухие хрипы и единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в задне-нижних отделах. Больной приехал из Заира 1,5 месяца тому назад, в детстве болел малярией.

О каком заболевании может идти речь наиболее вероятно:

- А. лимфогранулематоз
- Б. инфекционный мононуклеоз
- В. очаговая пневмония
- Г. ВИЧ-инфекция
- Д. малярия

94. Больной 29 лет приехал из Нигерии год тому назад. Стал испытывать слабость, недомогание, повышение температуры до 37,5°C. периодически отмечает появление сыпи на теле, ежедневно жидкий стул до 2-3 раз в сутки. Потеря веса свыше 10 кг. Увеличены шейные и подмышечные узлы. Ваш предположительный диагноз.

- А. лихорадка Ласса
- Б. болезнь легионеров
- В. ВИЧ-инфекция
- Г. бруцеллез
- Д. лимфогранулематоз

95. В приемное отделение доставлена больная Г., 48 лет, с выраженным синдромом интоксикации (температура 39,2°C, боли в мышцах, озноб). В области правой голени в средней и нижней ее трети яркая гиперемия, резко ограниченная от здоровой кожи, края ее неровные, в виде зубцов и языков. На фоне эритемы два пузыря, наполненные прозрачной желтой жидкостью. Выражен отек голени и стопы. Кожа в области эритемы горячая на ощупь, инфильтрирована, умеренно болезненна. Пальпируются болезненные, увеличенные паховые лимфатические узлы.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. флегмона
- Б. сибирская язва
- В. рожа
- Г. эризипеллоид
- Д. тромбофлебит

96. Больной У., 51 год, шофер, поступил на 3-й день болезни. При поступлении: состояние тяжелое, температура 39,6°C, тахикардия 130 в 1 мин., АД 95/60 мм.рт.ст. В области левой голени на всем протяжении гиперемия кожи, обширные геморрагии; края покраснения имеют неровные очертания, четкие границы с периферическим валиком; по наружной и задней поверхности несколько обширных слившихся пузырей с желтым и темным содержимым. Пальпируются увеличенные, болезненные паховые лимфатические узлы слева. В 40 лет перенес рожу лица.

Укажите правильную формулировку диагноза:

- А. эритематозно-геморрагическая рожа левой голени, тяжелое течение
- Б. геморрагическая рожа левой голени, тяжелое течение болезни
- В. повторная эритематозно-геморрагическая рожа левой голени, средне-тяжелое течение
- Г. повторная буллезно-геморрагическая рожа левой голени, тяжелое течение болезни
- Д. рецидивирующая эритематозно-буллезная рожа левой голени, среднетяжелое течение болезни

97. Больная С., 48 лет, заболела остро с подъема температуры тела до 38,8°C и озноба. На следующий день появились боли в левой голени, отек и гиперемия кожи в средней ее трети с неровными контурами и четкими границами. На 3-й день болезни в области покраснения образовались пузыри с прозрачным содержимым. Много лет страдает тромбофлебитом глубоких вен левой голени, ранее подобным заболеванием не страдала.

Укажите правильный диагноз:

- А. первичная эритематозно-буллезная рожа левой голени
- Б. первичная эритематозная рожа левой голени среднетяжелого течения
- В. первичная буллезная рожа левой голени среднетяжелого течения
- Г. рожа левой голени, эритематозно-буллезная форма
- Д. первичная эритематозно-буллезная рожа левой голени среднетяжелого течения

98. Больной Г., 57 лет, заболел остро с подъема температуры до 39,5°C и озноба. На второй день болезни в правой голени появились боль, гиперемия и утолщение кожи в средней ее трети с четкими границами, образовались пузыри с прозрачным содержимым. Заболеванию предшествовал ушиб голени. Ранее подобным заболеванием не страдал, но часто болел ангинами, тромбозом глубоких вен правой голени.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. рожа
- Б. флегмона
- В. сибирская язва
- Г. эризипеллоид
- Д. тромбоз глубоких вен

99. С пастбища доставлен больной А., 47 лет, в тяжелом состоянии. Работает пастухом в одном из колхозов по выращиванию овец в Новосибирской области.

При поступлении: в области правой скуловой дуги черный струп 2-3 см в диаметре, окруженный венчиком из мелких пузырьков на плотном безболезненном основании. Отек занимает все лицо, распространяется по передней грудной стенке до нижней трети грудины. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. ЧСС 120 в 1 мин., АД – 90/50 мм рт. ст., температура – 39,6°C.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. карбункул лица
- Б. чума
- В. туляремия
- Г. сибирская язва
- Д. Рожа

100. Больной 50 лет, поступил в клинику на 1-й день болезни. При поступлении: состояние тяжелое, температура 39°C, цианоз кожных покровов и слизистых оболочек, одышка. Отек кожи лица, шеи, верхней половины туловища, в области правого крыла носа темный струп с сукровичным отделяемым, кожа гиперемирована. Области отека безболезненна.

Укажите наиболее вероятный диагноз.

- А. рожа
- Б. флегмона

- В. сибирская язва
- Г. эризипелоид
- Д. кожная форма чумы

101. Больной Р. 60 лет, поступил на 5 день болезни в удовлетворительном состоянии. В начале заболевания в нижней трети левой голени появилось красное зудящее пятно, которое вскоре покрылось черной сухой коркой, появился отек в области голеностопного сустава. Из анамнеза установлено, что больной перед заболеванием носил шерстяные носки, купленные на базаре. При поступлении на коже нижней трети левой голени безболезненная язва, покрытая сухой черной коркой, в окружности которой несколько отдельных пузырьков, наполненных серозным содержимым; левая голень отекает.

Укажите правильный диагноз:

- А. трофическая язва левой голени
- Б. инфицированная потертость
- В. сибирская язва
- Г. рожа
- Д. кожная форма туляремии

102. Больная Т., 62 лет, заболела через 12 дней после получения глубокой колотой раны правой стопы во время работы на огороде. Появились недомогание, напряжение и подергивание мышц вокруг раны. Через два дня отметила затруднение жевания и открывания рта, болезненность при глотании. Затем появилось напряжение мышц лица и чувство стеснения в груди. Обратилась за медицинской помощью. Длительно злоупотребляет алкоголем.

Наиболее вероятный диагноз:

- А. ботулизм
- Б. энцефалит
- В. столбняк
- Г. бешенство
- Д. алкогольная энцефалопатия

103. Больной К., 64 лет, заболел через 2 недели после получения разможенной раны левой голени во время сельскохозяйственных работ. Появилось недомогание, напряжение и подергивание мышц вокруг раны. Через 2 дня отметил затрудненное жевание и открывание рта, затруднение и болезненность при глотании. Затем отметил напряжение мышц лица, затруднение сгибания головы, чувство стеснения в груди. Температура нормальная.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. ботулизм
- Б. столбняк
- В. менингит
- Г. бешенство

Д. Полиомиелит

. Ответы к клиническим задачам для тестового контроля

- | | | |
|-------|-------|--------|
| 1. В | 43. А | 85. Г |
| 2. Д | 44. В | 86. В |
| 3. Г | 45. Б | 87. В |
| 4. Д | 46. В | 88. В |
| 5. Б | 47. Б | 89. Б |
| 6. Г | 48. В | 90. В |
| 7. Б | 49. В | 91. Б |
| 8. Г | 50. Г | 92. Б |
| 9. В | 51. Д | 93. Г |
| 10. Д | 52. Г | 94. В |
| 11. Б | 53. Б | 95. В |
| 12. Г | 54. Г | 96. Г |
| 13. Г | 55. В | 97. Д |
| 14. В | 56. Г | 98. А |
| 15. Г | 57. Д | 99. Г |
| 16. Г | 58. В | 100. В |
| 17. Д | 59. Б | 101. В |
| 18. В | 60. В | 102. В |
| 19. Б | 61. Б | 103. Б |
| 20. Б | 62. Б | |
| 21. Г | 63. А | |
| 22. В | 64. Б | |
| 23. Б | 65. Д | |
| 24. В | 66. В | |
| 25. А | 67. В | |
| 26. Г | 68. Г | |
| 27. Г | 69. Б | |
| 28. Г | 70. В | |
| 29. В | 71. Д | |
| 30. Б | 72. Б | |
| 31. А | 73. Д | |
| 32. Г | 74. Д | |
| 33. В | 75. А | |
| 34. Б | 76. Б | |
| 35. Г | 77. В | |
| 36. В | 78. В | |
| 37. Г | 79. Г | |
| 38. Д | 80. В | |
| 39. Г | 81. В | |
| 40. В | 82. 7 | |
| 41. Г | 83. Б | |
| 42. Г | 84. Б | |

Клинические задачи для собеседования

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, нерезко выраженный симптом Щеткина. С диагнозом «острый аппендицит» доставлен в стационар, прооперирован. Червеобразный отросток умеренно гиперемирован, отечен. При ревизии брюшной полости замечено значительное увеличение мезентериальных узлов, один из них удален для гистологического исследования. В дистальном отделе подвздошной кишки обнаружены просвечивающие сквозь кишечную стенку язвы. Анализ крови: Нб-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.

Больной К., 61 года, госпитализирован с диагнозом «острая дизентерия». При поступлении жаловался на боли в нижней части живота, иррадиирующие в крестец, стул до 5 раз в сутки со слизью и кровью, повышение температуры до 38,2°C. Болен 4-й день. Болезнь началась с

повышения температуры, болей в животе, недомогания, диареи (частота стула за дни болезни увеличилась до 2-5 раз в сутки). С первого дня заметил примесь крови к испражнениям. Температура в пределах от 37,1 до 37,6°C. Анамнез жизни без особенностей, однако в течение 3-4 месяцев отмечал задержку стула в течение 2-3 дней, прожилки крови в оформленном кале, общую слабость, утомляемость.

Данные осмотра: больной бледен. Лимфоузлы не увеличены. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, сигма инфильтрирована, плотная, чувствительная при пальпации, малоподвижна. Печень увеличена на 3см, плотная. Стул (осмотрен) каловый, кашицеобразный с примесью слизи, крови и гноя.

ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с диагнозом?

2.Если нет, то почему?

3.Между какими болезнями необходимо проводить дифференциальный диагноз.

4.План обследования.

Клиническая задача № 5.

Больная А., 32 лет, поступила 7.06. с диагнозом «дизентерия» с жалобами на сильную слабость, головную боль, боли в животе, частый жидкий стул со слизью и кровью. Заболела 4.06., когда появился озноб, жар, температура повысилась до 37,8°C, однократно был жидкий стул. 5.06. состояние ухудшилось - температура поднялась до 38,3°C, стул 3 раза жидкий, обильный, появились боли в животе без четкой локализации. 6.07. частота стула увеличилась до 8 раз, появились примесь слизи и крови, боли в животе стали более интенсивными.

Состояние при поступлении средней тяжести, температура 38,8°C, обращает на себя внимание бледность кожи. Тоны сердца приглушены. Пульс 108 уд/мин, АД 100/50 мм.рт.ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника. Печень увеличена на 2см, отчетливо пальпируется селезенка. Стул жидкий, каловый с большим количеством слизи и крови. Анализ крови: НЬ-98г/л, лейкоц.- $12,4 \cdot 10^9$ /л, СОЭ-24мм/ч.

Ректороманоскопия: Тубус свободно введен на 22см, дальнейший осмотр затруднен из-за большого количества кровянисто-слизистого содержимого. На осмотренном отрезке слизистая оболочка резко отечна, гиперемирована, выступает в просвет кишки, выражена контактная кровоточивость, местами имеются наложения фибрина, эрозии. Взяты биоптаты слизистой оболочки.

ЗАДАНИЕ.

1.Установите и обоснуйте предварительный диагноз.

2.Проведите дифференциальный диагноз с дизентерией.

3.Составьте план ведения больного.

Клиническая задача № 6.

Больной Д., 65 лет, пенсионер, поступил в приемное отделение городской больницы 29.10. на второй день болезни с диагнозом «острый гастроэнтерит». Жалобы на резкие боли в животе без четкой локализации, усиливающиеся при движении, сухость во рту, жидкий стул со слизью и кровью. Заболел остро 28.10. вечером, через несколько часов после ужина. Появились резкие боли постоянного характера внизу живота. Несколько раз был жидкий стул с кровью, сильная слабость. Принимал папаверин. 29.10. в течение дня жалобы те же. Из-за продолжающихся болей в животе вызвал «скорую помощь» и был госпитализирован. Эпиданамнез: живет один в отдельной квартире, питается дома. Контакт с больными, у которых отмечались желудочно-кишечные расстройства, отрицает. Свое заболевание связывает с употреблением несвежей сметаны за ужином. При объективном обследовании выявлено: общее состояние тяжелое. В сознании, но беспокоен. Кожные покровы бледно-землистой окраски. Выражен акроцианоз и похолодание конечностей. Пониженного питания. Лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком. При аускультации - дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. ЧД - 24 в мин. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, имеются единичные экстрасистолы. Пульс 86 уд/мин., АД 160/100 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезненный в среднем и нижнем отделах, в акте дыхания участвует. Сигмовидная и слепая кишки мягкие, эластичные. Печень и селезенка не пальпируются. Перистальтика не выслушивается. Стул в приемном покое каловый с небольшим количеством крови со сгустками.

ЗАДАНИЕ.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие анамнестические данные Вы хотели бы получить дополнительно?
3. Проведите дифференциальный диагноз с дизентерией.
4. Какова тактика введения больного?

Клиническая задача № 7.

Больная У., 21 года, воспитатель детского сада, 24.05 обратилась к врачу амбулатории с жалобами на сильную слабость, озноб, схваткообразные боли внизу живота, больше слева, жидкий стул. Считает себя больной с 16 час. 23.05, когда внезапно появились сильные схваткообразные боли внизу живота, слабость, озноб. Через час появился кашицеобразный стул (6 раз за вечер). Около 20.00 был кратковременный обморок. В последующие часы отмечала головокружение, ощущение дурноты при каждой попытке встать с постели. В детском саду, где работает больная, 20.05. и 21.05. несколько детей госпитализировано с подозрением на острую дизентерию. При осмотре врачом выявлено: температура тела 36,0°C. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые

слизистые бледные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сигмовидная кишка мягкая, безболезненная, не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Поколачивайте по области почек безболезненное. Менингеальных явлений нет. Замужем. Отмечает задержку менструации на 7 недель.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 8.

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 № 9.

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. 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: рН -7,32; РСО - 22 мм.рт.ст.; SB - 16 ммоль/л; BE – 8 ммоль/л; гематокрит - 49%. Адекватна ли проведенная терапия?

Клиническая задача № 10.

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 №11.

Больной К. 42 лет, 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, пенный, ярко-желтого цвета с легким «кислым»

запахом. Нарастала слабость. Температура 37,6°C. Отмечает першение в горле.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Тургор нормальный, отмечается громкое урчание в животе, которое слышно на расстоянии. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 87 уд/мин., ритмичен. Язык влажный, обложен. Отмечается умеренная гиперемия и зернистость слизистой мягкого неба, небных дужек, язычка. При пальпации живота – небольшая болезненность и урчание в параумбиликальной области. Печень и селезёнка 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 № 12.

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, обожжен белым налётом. 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 № 13.

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 № 14.

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

Объективно: состояние тяжёлое. Температура 36,5°C. Кожные покровы бледные, сухие, тургор понижен. Цианоз губ и кончиков пальцев рук. Язык обложен белым налётом, сухой. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс 104 уд/мин, слабого наполнения. АД-80/50мм.рт.ст. Живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной и околопупочной областях, выслушивается усиленное урчание. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, 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.- $13,2 \cdot 10^9$ /л, Эр – $5,1 \cdot 10^{12}$ /л, СОЭ –24 мм/час; относительная плотность плазмы крови – 1030, гематокрит-55%, калий плазмы –3,2 ммоль/л, натрий плазмы – 130ммоль/л.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 15.

Больной Г., 30 лет, доставлен в инфекционную больницу с диагнозом: «пищевая токсикоинфекция». Жаловался на резкие боли в животе (больше ощущаемые в эпигастрии, иррадиирующие в спину), неукротимую рвоту, жидкий стул 3 раза - обильный, без патологических примесей. Накануне заболевания принял большое количество алкоголя с разнообразной жирной закуской. Из 7 человек, употреблявших вместе с ним такую же пищу, никто больше не заболел. При осмотре: состояние средней тяжести, бледен, акроцианоз. В легких везикулярное дыхание. ЧД - 20 в минуту. От больного исходит запах алкоголя. Язык обложен коричневатым налётом, сухой. Живот вздут, резко болезненный при пальпации в эпигастриальной области. Симптом Ортнера сомнителен. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения. АД 95/70 мм.рт.ст. Сознание ясное. Менингеальных знаков нет.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2.Укажите вероятный диагноз и проведите дифференциальную диагностику.

Клиническая задача № 16.

Врач МСЧ завода вызван к главному инженеру этого завода Л., 58 лет. В 10 часов утра во время заседания у больного возникла боль постоянного характера в эпигастриальной области, тошнота, рвота пищей 3 раза, однократно жидкий стул, резкая слабость. Вечером накануне заболевания обильно поужинал вместе с семьей. Члены семьи здоровы. При осмотре врач оценил состояние как среднетяжёлое, однако, настораживали сохранение болей в эпигастрии, бледность, акроцианоз, беспокойство больного. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс 94 уд/мин. АД снижено до 100/70 мм.рт.ст. (привычное АД 140/85 мм.рт.ст.) Вызвана машина скорой помощи, врач которой решил госпитализировать больного с диагнозом «ПТИ», так как на ЭКГ отклонений не выявлено.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2.Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 3.Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать в подобной ситуации?
- 4.Какой должна быть дальнейшая тактика лечения.

Клиническая задача № 17.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 18.

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

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 37,2°C. В легких везикулярное дыхание, ЧД – 22 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 66 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 100/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налётом, суховат. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стула в течение суток не было. Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Отмечается левосторонний птоз, расширение зрачков, расходящееся косоглазие. Двусторонний парез мягкого нёба.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 19.

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 № 20.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 21.

Больная Р., 52 лет, 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 № 22.

Больная В., 16 лет, учащаяся, живет в общежитии. Вызвала врача поликлиники 5.09. в связи с очень плохим самочувствием, сильной головной болью, болью в животе и в горле, слабостью. Заболела 4.09., когда внезапно поднялась температура до 39,8°C, отметила головную боль, небольшую боль при глотании, боль в животе. При осмотре отмечена гиперемия слизистой ротоглотки, у основания язычка, на мягком нёбе и верхней полосе миндалин видны 12-15 мелких папул. Со стороны органов дыхания и кровообращения изменений нет. Appetit сохранен. Живот слегка болезненный в области пупка. Печень и селезёнка увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены. Врач диагностировал ОРЗ и рекомендовал жаропонижающие, витамины. При осмотре папул обнаружены мелкие язвочки, которые местами сливались, образуя язвы более крупного размера. Самочувствие больной не ухудшалось, хотя температура держалась на прежних цифрах. Эпиданамнез: соседка по комнате 10 дней тому назад болела в течение 3 дней «гриппом» (беспокоили боли при глотании и высокая температура, которая через 3 дня снизилась до нормальных цифр). К врачу она не обращалась.

Врач госпитализировал пациентку с диагнозом «грипп с явлениями афтозного стоматита».

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом врача поликлиники? Если не согласны, то поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.
- 3.Составьте план обследования.

Клиническая задача № 23.

Больная С., 24 лет, поступила в инфекционную больницу с диагнозом «пищевая токсикоинфекция» в состоянии средней тяжести. Заболела остро 4 дня назад, когда появились боли в животе, учащённый до 3 раз кашицеобразный стул без патологических примесей, першение в горле, температура поднялась до 37,8°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 № 24.

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

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его
- 2.Сформулируйте дополнительные вопросы по анамнезу для уточнения диагноза.
- 3.Назначьте дополнительные обследования.

Клиническая задача № 25.

Больная Н., 42 лет, госпитализирована в инфекционную больницу с диагнозом «вирусный гепатит». При поступлении состояние средней тяжести. Жалобы на боли в правом подреберье, тошноту, повышение температуры, кашель. Заболела около 2-х недель назад, когда появилось недомогание, повышение температуры, беспокоил кашель, одышка, на коже появились зудящие высыпания. 3 дня назад заметила потемнение мочи, а на следующий день желтушность склер и кожи. Контакта с инфекционными больными не имела, гепатитом раньше не болела, за последние полгода никаких парентеральных манипуляций не проводилось. Питается дома. За 3 недели до начала болезни в течение 3-х дней ела вяленую рыбу, привезенную из Сибири.

При осмотре отмечена умеренная желтушность склер и кожных покровов. В легких – сухие хрипы, жесткое дыхание. Обложенность языка. Болезненность при пальпации живота в эпигастральной области и правом подреберье, увеличение печени. При исследовании крови обнаружен лейкоцитоз- $15,8 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилия- 28%.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 26.

Больной К., 38 лет, обратился в поликлинику с жалобами на высокую лихорадку в течение 12 дней, головную боль, боли в мышцах. При осмотре обнаружены высыпания на коже, увеличение печени. Госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «брюшной тиф»?

При поступлении жалуется на боли в мышцах ног, шеи, жевательных мышцах; кашель, головную боль, повышение температуры, отечность лица. Болезнь началась с повышения температуры до $37,3-37,8^\circ\text{C}$, с 3 дня появились боли в мышцах и «отекали глаза». Температура в течение недели достигла $38-38,8^\circ\text{C}$ (выше в вечерние часы), появились головная боль, мышечные боли усилились. На 10 день появились зудящие высыпания на коже.

Контактов с больными не имел. Примерно за 3 недели до болезни был в гостях пил водку, закусывал салатом, свиным салом, квашеной капустой. У больного имеются сведения, что двое из участников застолья болеют «гриппом».

Состояние при поступлении средней тяжести. Лицо гиперемировано, одутловато. Веки отечны. Склеры, конъюнктивы инъецированы. Пальпация мышц шеи, плечевого пояса, бедер болезненна. В легких – без патологии. Тоны сердца приглушены. Пульс 108 уд/мин, АД 105/60 мм.рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена

на 2 см. В левом подреберье пальпируется край селезенки. Стул регулярный, кашицеобразный. Дизурии нет. Со стороны ЦНС без патологии.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 27.

В поликлинику обратился больной К., 17 лет. Жалобы: слабость, разбитость, небольшой кашель и насморк, одышка, боли в суставах. Температура тела $37,4^{\circ}\text{C}$. При осмотре выявлено наличие жесткого дыхания в легких, а при рентгенологическом исследовании выявлены с обеих сторон небольшие инфильтративные тени. Поставлен диагноз «ОРЗ, пневмония», назначено лечение пенициллином, состояние не улучшилось. Через 7 дней при повторном рентгенологическом исследовании в легких были выявлены те же изменения, но другой локализации. Больной предъявлял те же жалобы, но при этом у него появились сыпь и зуд кожи, которые были расценены как лекарственная аллергия, в связи с чем отменен пенициллин и назначен супрастин. Анализ крови: лейкоцитоз, эозинофилия (18%), незначительная гипохромная анемия. Эпиданамнез: живет в общежитии, питается в столовой, покупает овощи на рынке, не соблюдает правил личной гигиены.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 28.

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 № 29.

Больной В., 26 лет, житель Сибири, обратился к врачу с жалобами на тяжесть в правом подреберье, тупые боли в эпигастрии, тошноту, отрыжку, слабость. Болен полгода, за время болезни помимо вышеперечисленных жалоб, отмечал периодическое появление сыпи, сопровождавшейся зудом. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и склеры желтушны. В легких – хрипов нет. ЧД 16 /мин. АД 110/60 мм.рт.ст. Пульс 76 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется увеличенная на 3 см печень, умеренной плотности. В правой доле печени выявляется каменистой плотности бугристое образование, стул обычный, регулярный, гипохоличный, моча темная. По органам мочевыделительной системы и ЦНС – без патологии. Из эпид.анамнеза: контакта с больными не имел, парентеральных манипуляций не было, в последнее время в доме живут 3 собаки.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 2.С какими диагнозами необходимо дифференцировать?
- 3.План обследования и лечения.
- 4.Прогноз болезни.

Клиническая задача № 30.

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 в их сглажены, движения в них ограничены и болезненны. Печень и селезенка не

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 31.

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

Из эпиданамнеза известно, что больная по профессии ветеринарный врач. Объективно: кожа обычной окраски, влажная, сыпи нет. Температура 39,7°C. Пальпируются мелкие лимфоузлы, безболезненные, мягко-эластической консистенции. Суставы внешне не изменены. Движения в коленных суставах болезненны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс 108 уд/мин., удовлетворительного наполнения, АД –110/70мм.рт.ст. Аппетит 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 № 32.

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

выздоровливает. 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 № 33.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 34.

Больная Е., 32 лет, свинарка, госпитализирована в инфекционную больницу, с диагнозом «сыпной тиф» на 6 день болезни. Заболела 17.07, когда отмечала слабость, озноб. Боли в ногах, в поясничной области. Температуру не измеряла, продолжала работать. 20.07 температура повысилась до 38°C, появилась головная боль, рвота, боли в спине, ногах усилились. Обратилась к терапевту, где был диагностирован «грипп». 23.07 состояние ухудшилось, на коже появилась сыпь, температура 39°C и больная была направлена на госпитализацию. При поступлении состояние

средней тяжести, температура 39,6°C. Склеры инъецированы, субиктеричны. На коже груди многочисленные 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 № 35.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 36.

Больная С., 28 лет, осмотрена на дому. Жалобы на боль в горле, резь в глазу, насморк, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 38,5°C.

Болезнь началась 3 дня назад, с недомогания, катаральных явлений. Обратилась к врачу в связи с ухудшением самочувствия и проявлением рези в глазу. Состояние средней тяжести. Во внутреннем углу правого глаза слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктивы гиперемированы, склеры инъецированы, на переходной складке конъюнктивы правого глаза плёнчатый налёт. Носовое дыхание затруднено, слизисто-гнойные выделения из носа. Миндалины отёчны, гиперемированы, на слизистой оболочке задней стенки глотки гиперемированные фолликулы. Шейные лимфоузлы увеличены, безболезненные.

Госпитализирована с диагнозом: «ОРВИ. Дифтерия глаза».

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 37.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 38.

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

рассеянных, сухих и влажных хрипов. ЧД – 40 в мин. Пульс 120 уд/мин., ритмичный. АД 80/40 мм.рт.ст.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 39.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 40.

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 3 раза в/м. Ночью не спал из-за сильной головной боли, повторилась рвота, утром

появилась заторможенность, сохранялась высокая температура. При осмотре выраженный менингеальный синдром.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 41.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 42.

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

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

При осмотре: состояние средней тяжести, адинамична, температура тела 39,2°C. На туловище и нижних конечностях папулезная сыпь, имеются геморрагии, кровоизлияния под конъюнктиву. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована, лимфоидные фолликулы гипертрофированы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 104 уд/мин, ритмичный, АД 90/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены, менингеальных явлений нет,

выражена гиперестезия кожных покровов при их пальпации. Направлена на госпитализацию с диагнозом «корь».

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 43.

К больному С., 45 лет, был вызван участковый врач. Со слов больного заболел вчера, когда во время занятия гимнастикой внезапно возникла сильная боль в левой половине головы, затем присоединилась многократная рвота. Ночью не спал из-за сильной головной боли, была повторная рвота. При осмотре лицо гиперемировано, температура тела 37,0°С. Кожа чистая, сыпи нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 52 уд/мин. АД 150/100 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. В сознании, менингеальный синдром резко выражен. Сухожильные рефлексы на ногах оживлены. Эпидемиологический анамнез – в воинской части, где больной служит офицером, есть случаи менингококковой инфекции.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2.Какова тактика участкового врача?
- 3.Какое дополнительное обследование необходимо для уточнения диагноза?

Клиническая задача № 44.

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. Лицо гиперемировано. 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 № 45.

Больной Н. 37 лет, заболел постепенно, стал отмечать неприятные ощущения, чувство онемения стоп, затем кистей, боли в конечностях. Через несколько дней появились слабость в ногах, а затем в руках. Примерно через 2 недели не смог ходить и обратился к врачу. Осмотрен на дому неврологом и госпитализирован с диагнозом «алкогольная полиневропатия» в неврологическое отделение. Перенес корь, ветряную оспу, грипп. За 3 месяца до болезни перенес токсическую дифтерию ротоглотки. Алкоголем злоупотребляет с 27 лет.

В отделении несмотря на лечение развился тетрапарез, двусторонний парез диафрагмы, дыхательная недостаточность, пневмония. В течение 2 недель находился на ИВЛ. Выписан через 4,5 месяца с остаточными явлениями тетрапареза (снижение мышечной силы в конечностях).

ЗАДАНИЕ.

1. Правильно ли установлен направительный диагноз?
2. Каков механизм поражения ЦНС?
3. Каков прогноз болезни?

Клиническая задача № 46.

Больная С., 32 лет, проводник. Обратилась к врачу медсанчасти с жалобами на мучительную боль в горле с иррадиацией боли в ухо, высокую температуру. Заболела 4 дня тому назад с появления небольшой боли в горле. Повышения температуры до 37,8°C. Страдает хроническим тонзиллитом. Предприняла попытки к лечению – пила эритромицин по 4 табл. в день. Самочувствие через три дня улучшилось, температура снизилась, но боль в горле сохранялась. На 4-й день болезни появился озноб, боль в горле слева стала очень сильной, больная не могла глотать, заметила припухлость шеи слева. Была госпитализирована с диагнозом «токсическая дифтерия».

Объективно: состояние средней тяжести, температура 39,0°C, лицо гиперемировано, голова наклонена влево. Осмотр ротоглотки затруднен, при фарингоскопии удалось выявить односторонний отек и выбухание слизистой оболочки глотки и миндалина слева, отек клетчатки подчелюстной области, увеличение и болезненность шейных лимфоузлов также слева. Пульс-100 уд/мин, АД-110/70 мм.рт.ст. Живот безболезненный. Со стороны других органов - без патологии.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Определите тактику дальнейшего ведения больной.

Клиническая задача № 47.

Больная И., 20 лет, студентка, заболела остро, появились познабливание, слабость, головная боль, температура 39,2°C. На 2-й день почувствовала

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

На вскрытии обнаружена картина острого диффузного миокардита.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 48.

Больной С., 26 лет, инженер. Почувствовал разбитость, познабливание, боль в шее при движении головой. При ощупывании шеи обнаружил с обеих сторон множественные болезненные «шишки», размером до 2 см. Температура 37,8°C. К врачу не обращался, лечился самостоятельно: сухие компрессы на шею, жаропонижающие препараты. Состояние не улучшалось, появилась заложенность носа. На 4 день болезни заметил отек век. К 6-му дню болезни температура поднялась до 38,7°C, появилась боль при глотании. Врач поликлиники диагностировал лакунарную ангину и назначил ампициллин в дозе 1г/сут. На 3-4 сутки приема препарата появилась сыпь на коже. Повторно осмотрен врачом. При осмотре: лицо одутловатое, веки отечны. На лице, туловище и конечностях обильная пятнисто-папулезная сыпь с геморрагическим компонентом. Миндалины увеличены до 2-ой степени, умеренно гиперемированы, в лакунах гнойные наложения. Пальпируются увеличенные до 1,5-2см болезненные задне-, переднешейные, подмышечные лимфоузлы. Печень увеличена, пальпируется край селезенки. Направлен на госпитализацию с диагнозом «корь».

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 49.

Больной Н., 19 лет, студент, обратился к отоларингологу поликлиники с жалобами на боль в горле при глотании, неприятные ощущения в области

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 50.

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

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

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

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

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
- 2.С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача № 51.

Больная М., 19 лет, студентка, направлена врачом поликлиники в стационар с диагнозом «дифтерия ротоглотки». Больна 2 день. Заболевание началось с озноба, повышения температуры до 38,8°C, ломоты в теле, першения в горле. На следующий день боль в горле усилилась, стало трудно открывать рот, глотать пищу. Температура 39,8°C. При осмотре состояние средней тяжести. Лицо гиперемировано. Слизистая ротоглотки ярко красная, миндалины рыхлые, увеличены, с островчатыми наложениями желто-белого цвета с обеих сторон. Резко болезненные и увеличенные подчелюстные лимфатические узлы. АД 110/60 мм.рт.ст. Пульс 100 уд/мин.

Из эпид.анамнеза выяснилось, что в группе госпитализирован студент с диагнозом «дифтерия».

ЗАДАНИЕ.

1. Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
2. Предположительный диагноз и его обоснование.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте план обследования и лечения.
5. Предположите этиологию данного заболевания.

Клиническая задача № 52.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 53.

Больной С., 57 лет, госпитализирован в пульмонологическое отделение с диагнозом «правосторонняя нижнедолевая пневмония». Состояние при поступлении тяжелое. Жалобы на боли в грудной клетке при дыхании, кашель с мокротой, боли в животе, жидкий стул. Заболел 7 дней назад, когда повысилась температура, появился озноб, сухой кашель. На 3-ий день болезни обратился к врачу, который диагностировал грипп,

осложненный пневмонией и назначил инъекции пенициллина. Однако состояние больного продолжало ухудшаться, появились боли при дыхании, одышка, кашель стал продуктивным со слизисто-гноющей мокротой. Была рвота, появились боли в животе и жидкий стул 2-3 раза в сутки, головная боль, головокружение, бессонница. При рентгенологическом исследовании выявлена правосторонняя нижнедолевая плевропневмония и больной госпитализирован. Из анамнеза известно, что больной работает землекопом; курит до 2 пачек сигарет в сутки в течение 40 лет; злоупотребляет алкоголем. Страдает хроническим бронхитом. Температура – 38,6°С. Бледен. Цианоз губ. ЧД – 28 в минуту. При перкуссии небольшое укорочение перкуторного звука в нижнем отделе грудной клетки справа. При аускультации – жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс-116 уд/мин, АД –115/60 мм.рт.ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см, плотная. Диурез снижен. Больной в сознании, но заторможен, быстро истощается. Речь смазанная. Менингеальных симптомов нет.

ЗАДАНИЕ.

1. Укладывается ли клиническая картина болезни в направительный диагноз?
2. О какой болезни можно думать? Какие данные анамнеза следует учесть?
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какие препараты следует использовать для этиотропной терапии?

Клиническая задача № 54.

Больной К., 19 лет, военнослужащий, заболел остро: с ознобом, температура повысилась до 39,5°С, появился сухой кашель, заложенность носа, головная боль. В течение последующих 2-х суток состояние не улучшилось. На 4-й день болезни госпитализирован с диагнозом «грипп». При осмотре в стационаре температура 39,8°С, заложенность носа, очень частый сухой кашель. Признаков легочной недостаточности, физикальных изменений в легких не выявлено. На 5-й день болезни при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки справа в прикорневой зоне обнаружены пневмоческий конус, ветвистость корней. В этот же день возникли боль в грудной клетке при дыхании, ощущение заложенности и боль в левом ухе, появились кровянистые выделения из слухового прохода. ЛОР-врачом диагностирован геморрагический мирингит.

В период начинающегося улучшения состояния на 8 день болезни появились боль в коленном суставе слева и умеренный отек его. В течение 4-х дней передвигался с трудом. Полное выздоровление наступило к 15 дню болезни.

ЗАДАНИЕ.

1. Согласны ли Вы с диагнозом гриппа?
2. Каков Ваш диагноз? Обоснуйте.
3. Изложите принципы лечения данного больного.

Клиническая задача № 55.

Больной К., 34 лет, поступил в отделение нейроинфекции с направительным диагнозом: менингококковая инфекция, менингит.

Заболел остро, температура тела повысилась до 38,2°C, появилась головная боль, боли в мышцах. На 3 день болезни состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 39,5°, дважды была рвота, к концу дня окружающие обратили внимание на неадекватное поведение (не узнавал близких), нарушение речи (путал слова). Вечером появились генерализованные судороги в конечностях, после чего больной потерял сознание и был госпитализирован.

Контакта с инфицированными больными не имел. В детстве болел паротитной инфекцией; взрослым болел пневмонией и гриппом, а также респираторными заболеваниями, при которых отмечал высыпания на губах. При поступлении состояние тяжелое. Кожа и слизистые без изменений. Лимфатические узлы не увеличены. В легких без патологии. ЧД - 20 в минуту. Температура тела 39,2°C. Пульс 116 уд/мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Ригидность мышц затылка умеренно выражена, с-м Кернига слабopоложительный с обеих сторон. Зрачки Д>S, сглаженность левой носогубной складки. Мышечный тонус в правой руке и ноге снижен. Сухожильные рефлексы S>Д. Брюшные и кремастерные рефлексы не вызываются. Клонус левой стопы. С-м Бабинского справа. Двусторонний ладонно-подбородочный рефлекс. При люмбальной пункции получен опалесцирующий ликвор, вытекающий под давлением 260 мм водного столба.

СМЖ - цитоз 84 клетки в 1 мкл., лимфоцитов 64%, нейтрофилов 36%, белок 0,9 г/л, глюкоза 3,2 ммоль/л, реакция Панди ++.

После осмотра у больного был повторный судорожный приступ, после которого появилась аритмия дыхания и больной переведен в отделение реанимации.

ЗАДАНИЕ.

1. Установите и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования и лечения.
4. Каков характер поражения ЦНС при данном заболевании?
5. Каков прогноз болезни?

Клиническая задача № 56.

Больной И., 18 лет, после лыжного пробега почувствовал слабость, тяжесть в правом подреберье, потемнела моча. На следующий день заметил пожелтение склер и обратился в поликлинику. При осмотре состояние удовлетворительное, склеры и кожные покровы слегка

желтушны, язык обложен, печень выступает на 2 см из подреберья. Больной госпитализирован с подозрением на вирусный гепатит.

При обследовании в стационаре установлено билирубин связанный - 1 мкмоль/л, свободный - 42 мкмоль/л, АЛТ - 64 нмоль/с*л, АСТ - 80 нмоль/с*л, сулемовая проба - 2мл, тимоловая проба - 6 ЕД.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2.Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 3.Укажите, какие дополнительные данные необходимы для уточнения диагноза.

Клиническая задача № 57.

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

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

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 58.

Больной И., 51 года, в течение последних шести месяцев стал замечать снижение аппетита, нарастающую слабость, беспокоил кожный зуд, который в последнее время стал нестерпимым, особенно ночью. В поликлинику обращался многократно, обследовался. Один раз был обнаружен сахар в моче. Лечился от диабета, хотя уровень сахара в крови не повышался, в моче был обнаружен еще лишь дважды. К концу шестого месяца заболевания была замечена желтуха, в это же время кал стал ахоличным. Госпитализирован с диагнозом «вирусный гепатит».

При поступлении состояние пациента средней тяжести, желтуха интенсивная, на коже множественные следы расчесов. Патологии сердечно-сосудистой, дыхательной систем не выявлено. Живот слегка вздут, мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1,5-2 см ниже реберного края. Четко определяется грушевидной формы, эластичной консистенции, безболезненный желчный пузырь. Селезенка не пальпируется, перкуторно - в пределах нормы.

Анализ крови: л.- $8,2 \cdot 10^9$ /л; п.- 6%; с.-68%; э.-2%; лимф.-20%; мон.-4%; СОЭ-38 мм/ч.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2.План обследования.

Клиническая задача № 59.

Больной Б., 18 лет. Болен 7 дней. Заболевание началось с повышения температуры до $38,8^{\circ}\text{C}$, небольшой головной боли, слабости.

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

Госпитализирован с диагнозом: пищевая токсикоинфекция.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 60.

К больной С., 42 лет, врачу-реаниматологу, был вызван врач поликлиники 24.04. Жалобы на высокую температуру тела, боль в правом подреберье, коленных и лучезапястных суставах. Больна 3-й день, пыталась лечиться самостоятельно (анальгин, аспирин), но самочувствие ухудшалось, заметила появление уртикарной сыпи на теле, головокружение, продолжалась боль в правом подреберье, усилилась тошнота, была повторная рвота, изменился цвет мочи, температура повысилась до $39,7^{\circ}\text{C}$. Сказала врачу, что в последнее время часто ела салат из свежих овощей, особенно из тепличных огурцов. После осмотра была направлена на госпитализацию в инфекционную больницу с диагнозами: «лептоспироз, иерсиниоз». В стационаре выявлена желтуха. Состояние тяжелое. Сохранялась боль в суставах, правом подреберье. На коже в области суставов необильная сыпь пятнисто-папулезного характера. Пульс 90

уд/мин, тоны сердца приглушены. Живот вздут, болезненный при пальпации. Печень увеличена, пальпировалась на 4 см ниже реберной дуги, край ее резко болезненный при пальпации. Селезенка увеличена. Асцит. При биохимическом исследовании крови: билирубин связанный — 150, свободный — 80 мкмоль/л, АлАТ — 1500 нмоль/с*л, АсАТ — 1800 нмоль/с*л; протромбиновый индекс — 50%; общий белок — 45 г/л, альбуминов — 35%, альфа 1 — 5%, альфа 2 — 12%, бета — 15%, гамма — 32%; сулемовая проба — 1,4 мл, тимоловая проба 50 ед. При серологическом исследовании выявлены HBsAg, антитела к ядерному антигену (суммарные), антитела к вирусу D класса M. Состояние больной продолжало ухудшаться, усилилась боль в животе, головокружение, зевота, плохо спала, желтуха нарастала, было носовое кровотечение, размеры печени сократились. Переведена в отделение интенсивной терапии.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте.

2. Наметьте терапевтическую тактику.

3. Прогнозируйте течение болезни.

Клиническая задача № 61.

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

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

ЗАДАНИЕ.

1. Укажите диагноз и обоснуйте его.

2. Предложите план лечения больной.

Клиническая задача № 62.

Больная А., 52 лет. Поступила в инфекционную больницу с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье и эпигастриальной области, тошноту, отсутствие аппетита, повышение температуры

до 38,0°C. После окончания приступа болей отметила появление желтушности кожи и склер, потемнение мочи. Из анамнеза: подобные болевые приступы возникали неоднократно после приема острой и жирной пищи. Из эпидемиологического анамнеза: с инфекционными больными не контактировала. Два месяца назад – внутривенные и внутримышечные инъекции лекарственных препаратов. Объективно: состояние удовлетворительное, температура 37,6°C. Умеренная желтушность кожных покровов, слизистой оболочки полости рта и склер. Язык густо обложен белым налетом, влажный. Подкожно-жировой слой развит избыточно, отеков нет. В легких – везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 64 уд/мин. АД 150/100 мм.рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет избыточного подкожно-жирового слоя, мягкий, болезненный в верхней половине. Нижний край печени – у реберной дуги, гладкий, чувствительный. Положительный симптом Орнера, Кера. Симптом Курвуазье отрицательный. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. В общем анализе крови: лейкоцитов $-12,0 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 30 мм/час. В анализе мочи: билирубин++, уробилин++.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте предварительный диагноз.**
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.**

Клиническая задача № 63.

Больная Р., 72 лет, 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 № 64.

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

Анализ крови: Лейкоциты $-4,6 \times 10^9/\text{л}$, 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; Ку-лихорадка; легионеллез; грипп, осложненный пневмонией.
- 2.Составьте план обследования.
- 3.Назначьте этиотропную терапию.

Клиническая задача № 65.

Больной И., 32 лет обратился к участковому врачу на 5-й день болезни с жалобами на головную боль, высокую температуру, сильную слабость, появление сыпи на теле. Заболел остро 26.08.: был сильный озноб, повышение температуры до 38,6°C. Появились головная боль, головокружение, нарушился сон, были устрашающие сновидения. Принимал аспирин, парацетамол, однако облегчения не наступало, усилилась головная боль, болели мышцы и суставы, на 4-й день болезни, 29.08., на теле появилась сыпь. При осмотре врача: состояние средней тяжести, температура тела 38,8°C, лицо гиперемировано, одутловато, конъюнктивы 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 № 66.

Больная К., 28 лет. Обратилась в поликлинику 1 июля с жалобами на головную боль, ломоту в мышцах, бессонницу, высокую температуру.

Больна в течение 10 дней, заболевание началось остро с сильного озноба, головной боли, повышения температуры до 40°C. Обратилась к врачу в первый же день, диагностирована грипп; принимала панадол. Через 3 дня температура нормализовалась, обильно потела, самочувствие значительно улучшилось, но 2 дня спустя вновь повысилась температура до 39°C, возобновились вышеперечисленные симптомы.

Из эпиданамнеза- в течение июня гостила у родственников, живущих в Казахстане, в селе; снимала с себя клещей, кусали комары.

При осмотре состояние средней тяжести, небольшая гиперемия лица. На правом голени точечное кровоизлияние, папулы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, не учащены. Язык влажный, обложен. Пальпируются увеличенные печень и селезенка. Стул 3 раза в день, жидкий. Беспокойство, по ночам бредит.

ЗАДАНИЕ.

- 1.*Поставьте диагноз.*
- 2.С какими болезнями необходимо провести дифференциальный диагноз?
- 3.Назначьте обследование.
- 4.*Тактика ведения больной.*

Клиническая задача № 67.

Больная Р., 48 лет, 21.07. обнаружила покраснение на шее слева, ниже уха, а в области VII шейного позвонка –небольшую болезненность. Указанные явления исчезли в течение 2 дней. С 25.08 больную стали беспокоить

тянущие боли в шейно–воротниковой зоне, преимущественно слева, небольшое недомогание, познабливание, в связи с чем она обратилась к врачу поликлиники. Был диагностирован остеохондроз шейного отдела позвоночника, назначена противовоспалительная терапия диклофенаком и консультация физиотерапевта, который рекомендовал массаж шейно-воротниковой зоны. В течение 6 дней проводилась рекомендованная терапия, однако улучшения не наступало, общее самочувствие оставалось прежним, по вечерам отмечала субфебрильную температуру, была ломота в мышцах, слабость, головная боль. 01.09 у больной сложилось впечатление, что она травмировала имеющуюся сзади на шее родинку, вновь обратилась к участковому врачу и была направлена на консультацию к хирургу. При осмотре хирургом в области VII шейного позвонка обнаружены зона гиперемии диаметром около 20 см и образование чёрного цвета размером 2x3 мм, которое было иссечено, а материал отправлен на гистологическое исследование. Через 2 дня из патоморфологической лаборатории пришел ответ, что в исследуемом материале обнаружен лесной клещ. 04.09 у больной температура тела поднялась до 39°C, усилились тянущие боли в шейной и плече-лопаточной областях. При повторном осмотре терапевтом отмечено увеличение зоны гиперемии, которая достигла поясничной области, появилось просветление и отечность в центре гиперемированного пятна. Пальпируются подмышечные лимфоузлы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 уд/мин, удовлетворительных качеств. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Ригидность затылочных мышц сомнительна, выявление этого симптома затруднено из-за болей в области шейного отдела позвоночника. Симптом Кернига отрицательный с обеих сторон. С диагнозом «токсико-аллергический дерматит на укус клеща» госпитализирована в соматическое отделение. При сборе эпидемиологического анамнеза выяснено, что больная в течение всего лета жила на даче в Подмосковье, часто посещала лес, несколько раз в течение лета были укусы клещей.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с диагнозом? Ваш диагноз? Обоснуйте его.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.
- 3.Ваша тактика обследования и лечения.

Клиническая задача № 68.

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 № 69.

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 № 70.

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 № 71.

Больной Р., 42 лет, 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 землянисто-серая окраска кожи. Кахексия. В легких - без патологии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 84 уд/мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Язык обложен. На миндалинах, в области небных дужек эрозии и язвы, покрытые грязно-серым налетом. Живот втянут, болезненный. Печень увеличена на 20 см, плотная, селезенка выступает из подреберья на 5,0см, плотная. Дизурических явлений нет. Со стороны ЦНС патологии нет.

Анализ крови: Нв-96г/л, эрит- $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, тромб.-156 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 № 72.

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 № 73.

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 познбливания и подъема температуры до 38°C, тогда же отметил болезненность в правой подмышечной области. Самостоятельно принимал анальгин, делал компрессы на правую подмышечную область. Однако состояние ухудшалось: по вечерам беспокоили ознобы, держалась лихорадка – 39-40°C, боль в подмышечной области постепенно усиливалась, что заставило больного обратиться к врачу. Перед заболеванием ездил к родителям, живущим в Астраханской области, помогал по хозяйству, участвовал в сельскохозяйственных работах. При осмотре: на правой кисти имеется рана, покрытая гнойной коркой, с гиперемией вокруг неё. В правой подмышечной области определяется резко 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, селезенка не увеличены. Больной несколько вял, адинамичен. Яркий румянец на щеках. Очаговых неврологических и менингеальных симптомов нет. Госпитализирован с подозрением на кожно-бубонную форму чумы.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 74.

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 № 75.

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 инъецированы. В левой подмышечной впадине пальпируется плотный умеренно болезненный лимфоузел размерами 3x4 см с четкими контурами, кожа над ним не изменена. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Печень выступает на 2см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

Эпиданамнез: за 4 дня до заболевания ездил на охоту в Рязанскую область, подстрелил зайца, разделывал его тушку.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 76.

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 № 77.

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 № 78.

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 № 79.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 80.

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

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

Проведенное лечение: 5% р-р глюкозы с витаминами по 1000,0 мл. в/в, лазикс 40мг.-в/в х1р., анальгин 50% -2,0 в/м х 2р.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 81.

Больной В., 48 лет, журналист. Обратился к врачу поликлиники с жалобами на слабость и повышение температуры тела до 38,5°C в течение 3 дней. Диагностирован грипп, назначен тетрациклин. Состояние не улучшалось. На 7 день болезни консультирован инфекционистом и госпитализирован на 9 день болезни. Жалуется на слабость, небольшую головную боль, боль в горле, снижение аппетита. Эпидемиологический анамнез: живет один в отдельной квартире. 1 месяц назад был в командировке в США. При осмотре: состояние средней тяжести, сыпи нет. Увеличение отдельных лимфатических узлов на шее и в аксиллярной области до размера 1—1,5 см. Миндалины увеличены, слизистая ротоглотки обычного цвета. Пульс 96 уд/мин, АД 130/90 мм рт. ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный, умеренно вздут. Страдает запорами. Печень увеличена, выступает на 1,5—2 см из-под края реберной дуги. Селезенка пальпируется у реберного края.

Общий анализ крови на 10д.б.: лейкоцитов $5,6 \cdot 10^9/\text{л}$, эоз. — 1%, п/я — 10%, с/я — 20%, лимф. — 60%, мон. — 9%, СОЭ — 15 мм/час. Среди лимфоцитов много атипичных мононуклеаров.

ЗАДАНИЕ.

1. Ваши предположения о диагнозе? Обоснуйте диагноз.
2. Достаточно ли полно собран эпидемиологический анамнез?
3. Продифференцируйте с брюшным тифом и инфекционным мононуклеозом.
4. Назначьте план обследования.

Клиническая задача № 82.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 83.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 84.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 85.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 86.

Больной Ф., 27 лет, божж, доставлен в больницу 08.09 с вокзала с диагнозом: «пищевая токсикоинфекция? холера?». Из эпиданамнеза известно, что пациент ночует на вокзалах, имеет случайные половые связи. В последнее время (около 3 мес) ухудшилось самочувствие, появилась резкая слабость, частый жидкий, временами обильный стул бело-желтого цвета, со зловонным запахом. Беспокоил кашель, очень сильно похудел. При осмотре: состояние тяжелое, температура 38,0°C. Истощен, кожа сухая, в углах рта заеды. В легких единичные сухие хрипы. Пульс 96 уд/мин., АД 80/60 мм.рт.ст. Язык обложен, лейкоплакия. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Вокруг ануса остроконечные кондиломы. Стул 5-6 раз в сутки, обильный, водянистый. В сознании, менингеальных явлений нет.

При микроскопическом исследовании испражнений обнаружены ооцисты криптоспоридий. При посеве кала холерный вибрион не выделен.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 87.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 88.

Больной С., 20 лет, переведен из терапевтического отделения с диагнозом: брюшной тиф, реакция Видаля 1:200.

Заболел остро, когда среди ночи появился озноб, головная боль, температура до 39,7°C. В последующие 4 суток состояние больного ухудшалось, нарастала слабость, беспокоили головные боли, боли в суставах, мышцах, ознобы, потливость. На 5 д.б. госпитализирован с

подозрением на ревматизм. За день до госпитализации усилилась головная боль, дважды была рвота.

При обследовании в стационаре ревмопробы отрицательные, признаков порока сердца не обнаружено. Анализ крови: Hb-105г/л, эритроц.- $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты- $5,6 \cdot 10^9$ /л, э.-0, п/я-3%, с/я-47%, лф-16%, м-4%. СОЭ-48мм/ч. После получения результатов обследования на брюшной тиф переведен в инфекционную больницу на 8 д.б. В прошлом кроме ветряной оспы ничем не болел.

Состояние тяжелое. Бледен, сыпи нет. Склеры субиктеричны. Кровоизлияния в конъюнктивы обоих глаз. В области локтевых сгибов – следы множественных инъекций. Суставы внешне не изменены, но движения в них болезненны. ЧДД – 28 в минуту. В легких – при перкуссии ясный легочный звук, при аускультации с обеих сторон в средних и нижних отделах небольшое количество мелкопузырчатых хрипов. Ps – 112 уд/мин. АД 105/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, легкий систолический шум на верхушке. Язык густо обложен. Живот мягкий. Печень и селезенка увеличены. Симптом Пастернацкого слабopоложительный. В последние 2 дня отмечает уменьшение количества мочи. Цвет ее с красноватым оттенком. Больной в сознании, но возбужден, беспокоен, агрессивен. Ригидность мышц затылка умеренно выражена. Симптом Кернига слабopоложительный с обеих сторон.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2.Установите и обоснуйте диагноз. Какие данные анамнеза необходимо уточнить. Укажите наиболее вероятную причину заболевания.
- 3.Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача № 89.

Больная Д., 37 лет, поступила в инфекционную больницу в тяжелом состоянии на 5-й день болезни. 03.10 у больной была вскрыта флегмона кисти, развившаяся после производственной травмы. 05.10 появился озноб, подъем температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$. Через день общее состояние ухудшилось, температура повысилась с ознобом до 40°C . В течение последующих дней отмечались размахи температуры от 37 до 40°C , сопровождавшиеся ознобом и потливостью. За 2 дня до поступления стала появляться одышка при физической нагрузке, накануне поступления в стационар заметила сыпь. Госпитализирована службой «скорой помощи» с диагнозом «менингококцемия». При осмотре: кожные покровы бледные, с желтушным оттенком, на коже туловища, конечностей, ладоней, пальцев рук и ног большое количество элементов геморрагической сыпи с некрозами, местами гнойничковые элементы, подкожные геморрагии, кровоизлияния в области переходной складки конъюнктивы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 32 в мин. Сердечные тоны глухие, ритмичные, выслушивается грубый

систолический шум во всех точках, пульс 124 уд/мин, слабого наполнения, АД 90/60 мм.рт.ст. Язык густо обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из подреберья на 1,5—2 см, пальпируется селезенка. Мочится самостоятельно. Менингеальных и очаговых знаков нет. Эпидемиологический анамнез — контакт с инфекционным больным отрицает.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с предварительным диагнозом?
- 2.Если нет, то поставьте и обоснуйте диагноз.
- 3.Составьте план обследования.

Клиническая задача № 90.

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 № 91.

Больной Д., 56 лет. Заболел 14.05 около 18 часов. Отметил сильную слабость, озноб, головную боль, боли в мышцах рук и ног, пояснице. Температура тела 40,6°C. Вызвал «скорую помощь». Врач поставил диагноз «грипп». Назначил обильное питье и полоскание горла, аспирин, анальгин. Ночью спал с перерывами. Утром состояние по-прежнему плохое: головная боль, боли в мышцах, чувство жара, температура тела 41,0°C, рвота, спутанность сознания. Был кратковременный обморок при попытке встать с постели. Появилось покраснение голени, а затем и тыла

правой стопы, к середине дня распространившееся на всю голень. Несколько позже на пораженной коже появились пузыри. На второй день болезни осмотрен участковым врачом. Объективно: состояние тяжелое. Вес около 100 кг при росте 172 см. Кожные покровы бледные, горячие. Температура тела 40,2°C. На правой ноге участок эритемы, охватывающий голень и стопу. Очертания очага неправильные, кожа напряжена, лоснится, при пальпации горячая, умеренно болезненная. Голень отечная. На тыле стопы имеются пузыри размером 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 № 92.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 93.

Больной К., 54 лет, слесарь, обратился к врачу с жалобами на слабость, высокую температуру тела, головную боль и сильную «дергающую» боль в правой ладони и подмышечной области. 7 дней тому назад на работе поранил кисть правой руки. Через 3-4 дня появилась боль в области раны на правой кисти, а затем в подмышечной области. Кисть покраснела и отекала. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 39,4°C. Правая ладонь отечна, отек распространяется на предплечье. Кожа на тыльной поверхности кисти гиперемирована, горячая, края нечеткие. Пальпация кисти чувствительна, в центре – резко болезненный инфильтрат. В области 2-го пальца ссадина 1,5x1 см, покрытая грануляциями и коркой, под которой имеется гнойное отделяемое. Локтевые и подмышечные лимфоузлы справа увеличены, болезненны. Пульс 120 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны мочевыделительных органов и ЦНС без патологии. Госпитализирован в районную больницу с подозрением на рожу правой кисти.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 94.

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.

Клиническая задача № 95.

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 № 96.

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 № 97.

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 № 98.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 99.

Бригада «скорой помощи» была вызвана 20.01 к больной С., 29 лет. Врач нашел больную без сознания. Со слов родственников стало известно, что 13.01 больная отметила слабость, головную боль, боли в мышцах, озноб, насморк, светобоязнь, температура тела поднялась до 38,2°C. Принимала анальгин, 15.01 утром появилась сыпь на туловище, а к вечеру – на

верхних и нижних конечностях. Отметила также боль в затылочной области. Вызванный участковый врач поставил диагноз «ОРЗ, медикаментозная сыпь». Назначена десенсибилизирующая терапия. С 3-го дня болезни температура начала снижаться и к 5-му дню болезни нормализовалась. В это же время сыпь побледнела и к 5-му дню угасла, не оставив следов. Утром 20.01 вновь поднялась температура до 38,8°C, появилась неадекватность поведения, рвота, судороги. При осмотре: состояние тяжелое, сознание отсутствует. Кожа чистая. Увеличены затылочные и заднешейные лимфатические узлы. Дыхание ритмичное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс 60 уд/мин. АД 130/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Реакция зрачков на свет снижена, легкая сглаженность носогубной складки слева, положительные симптомы Гордона, Оппенгейма слева, положительный ладонно-подбородочный рефлекс справа. Выявлена также ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 100.

Больной Ш., 20 лет, рядовой. Обратился в МСЧ 3.04 с жалобами на припухлость шеи в области правой околоушной железы, боль при открывании рта, сухость во рту, головную боль, слабость.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

ЛИТЕРАТУРА

Основная

- Инфекционные болезни с иллюстрациями Фрэнка Неттера - Йонг Э.К. Автор: Йонг Э.К. 2021.
- Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 816 с.: ил.
- Коротяев А.И., Бабичев С.А. Медицинская микробиология, иммунология и вирусология. - СПб.: СпецЛит, 2008. - 4-е изд., испр. и доп. - 767 с.: ил.
- Воробьев А.А., Кривошей Ю. С., Широбоков В.П. Медицинская и санитарная микробиология: Учеб.пособие для студ.высш. мед.учеб. заведений -- М.: Академия, 2003. -- 464 с.
- Руководство по инфекционным болезням. Под ред. Ю.В. Лобзина. Санкт-Петербург, 2000.
- Поздеев О.К. Медицинская микробиология. - М.: ГЭОТАР-МЭД, 2001. - 765с.
- Биргер М.О. / Микробиологическая и вирусологическая диагностика. Часть 2. - М. 1994.
- Зубик Т.М. и др. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней (Руководство для врачей) / Л.: Медицина , 1991.
- Лобзин Ю.В., Казанцев А.П. / Руководство по инфекционным болезням. – С.-Пб., 1996.
- Морозова В.Т. (ред.) / Лабораторные тесты. Часть 1. Клиническая лабораторная диагностика.
- Покровский В.И. (ред.) / Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней. - М., 1993, в 2-х томах.
- Покровский В.И. (ред.). / Инфекционные болезни. - М., 1995.
- Покровский В.И., Иванов К.С. (ред.). / Руководство по клинической диагностике, лечению опасных инфекционных болезней - М., 1994.
- Соринсон С.Н. / Инфекционные болезни в поликлинической практике. – С-Пб, 1993.

- Шувалова Е.П. (ред.) / Тропические болезни. - М.: Медицина, 1989.
- Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. (ред.). / Лекции по инфекционным болезням. - М., 1999. - Т. 1,2.
- Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В. (ред.). / Патогенетические основы лечения острых инфекционных заболеваний. - М., 1999
- Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. (ред.) / Заразные болезни человека. Справочник М., 1997.

Дополнительная

- Баркаган З.С. / Геморрагические заболевания и синдромы. - М.: Медицина, 1998.
- Буцлер Ж.П. и др. / Кампилобактериоз.- М., 1989.
- Дрейзин Р.С., Астафьева Н.В. / Острые респираторные заболевания. - М.: Медицина, 1991.
- Львов Д.К., Клименко С.М., Гайдамович С.Я. / Арбовирусы и арбовирусные инфекции. - М.: Медицина, 1989. - 336 с.
- Покровский В.В. и др. / ВИЧ – инфекция: клиника, диагностика и лечение. М. 2000.
- Покровский В.И., Ющук Н.Д. / Бактериальная дизентерия. - М., 1994.
- Лужников Е.А., Костомарова Л.Г. / Острые отравления (Рук-во для врачей). - М., 1989.
- Турьянов М.Х. и др. / Дифтерия - М. 1996.
- Хазанов А.И. (ред.) / Функциональная диагностика (справочник) 1994.
- Хаитов Р.М., Игнатъев Г.А. / СПИД.- М., 1992.
- Фарбер Н.А. и др. / Вирусные гепатиты у беременных. - М, 1990.
- Черкасский Б.Л. / Инфекционные и паразитарные болезни человека. Справочник эпидемиолога. - М., 1996.
- Ющук Н.Д. и др. / Диагностика и дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций. М., 1998.

Библиотечный фонд должен содержать следующие журналы

Отечественные журналы:

- Антибиотики и химиотерапия
- Архив патологии
- Бюллетень нормативных актов
- Вестник интенсивной терапии
- Военно-медицинский журнал
- Вопросы вирусологии
- Врач
- Докл. экспертов ВОЗ
- Журнал микробиологии, эпидемиологии, иммунологии.
- Журнал инфекционной патологии. Иркутск
- Иммунология. Аллергология.

- Инфекция и антибактериальная терапия
- Клиника и лабораторная диагностика
- Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия
- Медицинская паразитология и паразитарные болезни.
- Паразитология
- Проблемы туберкулеза
- Российский вестник гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.
- Российский медицинский журнал Русский медицинский журнал
- Терапевтический архив
- Эпидемиология и инфекционные болезни.